

DAYSE MARIA BORGES KEIRALLA

SUJEITOS COM DIFICULDADES DE
APRENDIZAGEM X SISTEMA ESCOLAR
COM DIFICULDADES DE ENSINO

TESE DE DOUTORADO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM

CAMPINAS, 1994

Este exemplar é a redação final da tese
defendida por Dayse Maria

Borges Keiralla

e aprovada pela Comissão Julgadora em
13, 12, 94

Maria da Glória Coutinho
PROFA. DRA. MARIA IRMA HADLER COUDRY

Dedicatória

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que em alguma época de suas vidas sofreram perdas que as colocaram em condição marginal, e que mesmo apesar disto lutam, tenazmente, para reverter esta condição e recuperar sua auto-estima.

AGRADECIMENTOS

Como não poderia deixar de ser, **Maria Irma Hadler Coundry** é quem agradeço em primeiro lugar pela sua competência, pela sua gentileza e, principalmente, Maza, por ter-me mostrado que o valor das pessoas existe no que elas ratêm e ainda podem desenvolver.

Ao **João Wanderley Geraldi**, pela sua disposição e habilidade em conduzir os descaminhos.

À **Claudia Thereza Guimarães de Lemos**, pelo exemplo de vigor intelectual, pela preocupação e amizade.

À **Angela Bustos Kleiman**, pela paciência e dedicação.

À **Ester Miriam Scarpa**, pela oportunidade em retrazar uma nova rota.

Ao **Luiz Carlos Cagliari** que me conduziu a uma nova maneira de compreender a alfabetização.

À Maria Bernardete Abaurre sempre tão gentil e prestativa.

À Eleonora Albano que me descortinou os caminhos da linguística.

À Maria Laura Mayrink-Sabinson, pela disponibilidade e atenção.

À Maria Fausta Campos, pelos incentivos sempre oportunos.

Aos Funcionários do Departamento de Pós-Grauação do Instituto de Estudos da Linguagem que sempre me atenderam prontamente.

Ao José Martins Filho que me recebeu no Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP onde comecei a me interessar por crianças com problemas de acompanhamento escolar.

Ao Antonio de Azevedo Barros Filho, pelo incentivo dado ao ingresso num programa de doutoramento.

Ao **Roberto Jarbas Toledo**, pelo reconhecimento de meu trabalho e pela justiça que sempre foi capaz de exercer.

Ao **André Moreno Morcillo**, pela disponibilidade nas orientações e cálculos e pela amizade de longa data.

À **Maria Aparecida Affonso Moysés**, Cida, pelo olhar atento de quem acompanha a transformação das mentalidades.

Ao **Roberto Teixeira Mendes**, interlocutor sempre presente e prestativo.

- -

Ao **Carlos Roberto Soares Freire de Rivôredo**, pelo bom humor que reveste uma inteligência brilhante.

À **Neuza Maria do Nascimento Reyes**, pela parceria.

Aos demais **Docentes e Profissionais da Pediatria** e, especialmente, os do **Ambulatório**, pela compreensão e companherismo nestes anos atribulados.

Aos **Funcionários** do Departamento de Pediatria sempre disponíveis e prestativos e em especial à **Maria Aparecida Mendes** e ao **Antonio Jone Sartori**.

Ao Benito Pereira Damasceno, pela dedicação e zelo profissional.

À Elisabete Abib Pedroso de Souza, pelo incansável apoio e coleguismo profissional.

À Edwiges Maria Morato, cuja doçura profissional muito me ajudou.

À Maria Valeriana Leme de Moura Ribeiro, que muito me auxiliou na delimitação dos problemas de estudo e pesquisa.

À Marilda E.Novaes Lipp, pela dose de coragem.

À Maria José Gomes da Silva Nery, sempre amiga, simplesmente amiga.

À Glória Elisa Bearzotti Von Buettner, sempre atenta e boa ouvinte.

À Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, pela preocupação e carinho.

DAYSE MARIA BORGES [KEIRALLA *n/...to*]

**SUJEITOS COM DIFICULDADES DE
APRENDIZAGEM X SISTEMA ESCOLAR
COM DIFICULDADES DE ENSINO**

Tese apresentada como exigência
parcial para a obtenção do Título
de Doutor em Ciências (Linguística)
à Comissão Julgadora do Instituto
de Estudos da Linguagem da
Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Irma Hadler [Coudry *k*]

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

INSTITUTO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM

CAMPINAS, 1994

Eu sustento que a única finalidade da ciência está em aliviar a cansaça da existência humana. E se os cientistas, intimidados pela prepotência dos poderosos, acham que basta amontoar saber, por amor do saber, a ciência pode ser transformada em um aleijão, e as suas novas máquinas serão novas aflições, nada mais.

Galileu Galilei

À Raquel Souza Lobo Guzzo, que fez da afetividade sua marca pessoal.

À Geraldina Porto Witter, que para mim sempre será a Mestra.

Às Professoras do Departamento de Psicologia Escolar e da Aprendizagem do Instituto de Psicologia/PUCCAMP cuja colaboração foi essencial para a execução deste trabalho.

À Marisabel Regina Rodrigues do Amaral e à Nancy das Neves, pelo diligente trabalho na localização das referências bibliográficas e artigos.

À Maria Ambarina Spinozza, sempre afetuosa e prestativa.

À Maria Alves de Toledo Burns, por sua gloriosa luz.

À Panissi Throm, pela generosidade e dedicação.

Ao Jorge Miguel Keiralla Filho pela paciência.

Ao **Frederico Emílio Borges Keiralla**, pela digitação.

À **Alessandra Cristina Borges Keiralla**, pela execução das tabelas, conferências dos dados e transcrição das fitas.

À **Luisa Carolina Borges Keiralla**, pela separação dos questionários e outras pequenas tarefas.

À **Cylene Motta Borges**, minha mãe, pelo apoio e transcrição das fitas.

Ao **Idio Pinto Borges**, meu pai, pela disponibilidade em oferecer seus préstimos.

Ao **Antonio Guilherme Borges Neto e Eliana de Souza Borges**, pelos cuidados e companhia.

À **Geruza Ferreira de Lima Tanaka**, que em tempo se fez presente e muito me auxiliou.

À **Thelma Carlsem Fontefria, Denise Grannier Bittencourt Pinto, Patrícia Camargo Pagano Vieira e Maria Isabel Warwar**, pela incansável disposição em atender às necessidades do Setor de Psicologia.

À Marta Cristina Elías Sassi, Wanda Lígia Siqueira e
Márcio Rogério Ferreira Lima, pelo esmero na digitação deste
trabalho.

A todos os **profissionais** que gentilmente responderam ao
questionário de identificação.

Às **crianças** descritas no trabalho.

E às **demais pessoas** que direta e indiretamente
colaboraram para a conclusão deste trabalho.

Com muito afeto e sinceridade agradeço a cumplicidade.

DAYSE MARIA BORGES KEIRALLA

Novembro/1994

RESUMO

A análise das contingências sociais das profissões levam a identificar práticas determinadas por crenças, valores e preconceitos muitas vezes criados e mantidos pelas próprias instituições sociais.

Uma tendência crescente na sociedade, inclusive na brasileira, é a medicalização das questões sociais (COLLARES E MOYSÉS, 1986). Esta medicalização como prática social é forjada e mantida pelo senso comum que se torna o determinante cognitivo da atuação profissional.

Nas instituições médicas, no interior das relações médico-pacientes, ao se dar a transmissão dos conhecimentos, surge um corpo de conhecimento paralelo - o senso comum - que banaliza conhecimentos em linguagem compreensível ao usuário dos serviços médicos. Ao se construir a linguagem dos pré-diagnósticos de professores e pedagogos sobre alunos com dificuldades de aprendizagem emerge como conteúdo cognitivo um diagnóstico travestido de uma linguagem psicológica e médica e a prática social se caracteriza por um deslocamento da atividade pedagógica para a atividade médica.

Estas práticas sociais foram detectadas através de vários instrumentos: 1) Levantamento num período de dezesseis meses (janeiro de 1992 a abril de 1993) dos relatórios de consultas do Ambulatório de Primeiro Atendimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas com a finalidade de identificar na instituição médica como se dá o périplo dos sujeitos encaminhados; 2) uma reconstrução histórica da dislexia como doença; 3) uma análise dos espaços sociais que colaboram para a construção do senso comum da dislexia; 4) apreciação crítica dos conteúdos de falas de professores alfabetizadores e pedagogos, que constroem pré-diagnósticos e fazem encaminhamentos aos serviços médicos e 5) relatos da atuação do psicólogo como agente de saúde mental ao mediar a interação professor-aluno como uma dentre as estratégias possíveis de recuperação do ato pedagógico.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	001
CAPÍTULO I - TRABALHANDO COM SUJEITOS ENCAMINHADOS.....	009
1.1. - Caracterização do Setor de Psicologia do Ambulatório de Pediatria da FCM/UNICAMP.....	009
1.1.1. - Procedência dos Sujeitos Encaminhados.....	012
1.1.2. - Modalidades de Queixas.....	032
1.2. O Psicodiagnóstico.....	037
1.2.1. - Anamnese.....	039
1.2.2. - Ramificação I - Crianças com Problemas de Conduta e Afetivos.....	042
1.2.3. - Ramificação II - Crianças que Apresentam Problemas com a Escola.....	043
1.3. - A atuação do Psicólogo.....	046
Notas do Capítulo I.....	063
CAPÍTULO II - DISLEXIA - PESQUISANDO UMA DOENÇA.....	064
2.1. - Dislexia - Uma Doença?.....	064
2.2. - Dislexia Associada a uma Desordem Adquirida.....	067
2.3. - Dislexia e Oftalmologia.....	070
2.4. - Dislexia e Neurologia.....	072
2.5. - Dislexia e Genética.....	079
2.6. - Dislexia e Psicologia.....	081
2.7. - Dislexia e Distúrbio do Desenvolvimento.....	091
2.8. - Dislexia e Linguística.....	096
Notas do Capítulo II.....	108

CAPÍTULO III - DISLEXIA: DA PESQUISA AO SENSO COMUM.....	111
3.1. - A Medicalização.....	112
3.2. - A Produção de Conhecimento na Área da Medicina e a Representação das Doenças do Nível do Senso Comum..	128
3.3. - A Relação Médico-Paciente.....	147
3.4. - O Encaminhamento para Outros Profissionais.....	157
 CAPÍTULO IV - PRÉ-DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTOS DOS PROFES- SORES.....	160
4.1. - O Contexto da Escola.....	160
4.2. - Critérios do Professor Alfabetizador.....	169
4.3. - Como as Crianças se Percebem.....	184
4.4. - A Relação da Psicologia com a Educação.....	187
4.5. - A Visão do Pedagogo.....	197
..Notas do Capítulo IV.....	205
 CAPÍTULO V - DESCRIÇÃO DE ESTUDOS DE CASOS DE CRIANÇAS COM "DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM" DA LEITURA E ESCRITA.	206
Caso 1.....	207
Caso 2.....	240
Caso 3.....	265
Notas do Capítulo V.....	274
 CONCLUSÃO.....	286
 BIBLIOGRAFIA.....	300
 ANEXOS.....	326

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA	I - Serviços de Saúde que encaminham pacientes com diagnóstico de "Dificuldade de Aprendizagem" para o Ambulatório de Primeiro Atendimento/H.C./UNICAMP, no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	014
TABELA	II - Modalidades de diagnóstico e encaminhamentos realizados pelo Setor de Psiquiatria do APA no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	017
TABELA	III - Modalidades de diagnóstico e encaminhamentos realizados pelo Setor de Neurologia do APA no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	019
TABELA	IV - Relação entre Idade, Grau Escolar e Sexo das crianças diagnosticadas como tendo Dificuldade de Aprendizagem pelo APA (Setor de Psiquiatria), no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	021
TABELA	V - Relação entre Idade, Grau Escolar e Sexo das crianças diagnosticadas como tendo Dificuldade de Aprendizagem pelo APA (Setor de Neurologia), no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	022
TABELA	VI - Procedência dos Encaminhamentos Recebidos pelo Setor de Psicologia da Pediatria no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	027
TABELA	VII - Diagnósticos Associados à "Dificuldade de Aprendizagem" - Setor de Psicologia de Departamento de Pediatria, no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	028
TABELA	VIII - Relação entre Idade, Grau Escolar e Sexo das crianças com diagnóstico de "Dificuldade de Aprendizagem" encaminhadas para o Setor de Psicologia da Pediatria, no período de janeiro de 1992 a abril de 1993.....	030

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Escala de Maturidade Mental Columbia.....	326
ANEXO II - Reversal Test.....	329
ANEXO III - Testes ABC.....	341
ANEXO IV - Textos para Avaliação de Leitura.....	362
ANEXO V - Escala de Maturidade Social de Vineland.....	365
ANEXO VI -Escala de Habilidades Sociais e de Auto-Expressão.....	378
ANEXO VII - Fábula: O Pardal e a Lebre.....	390
ANEXO VIII - Fábula: A Camponesa e sua Lata de Leite.....	381
ANEXO IX - Textos Utilizados para Exercícios de Aspectos In- ferenciais da Linguagem.....	392
Texto 1 - O Cavalo e o Veado.....	392
Texto 2 - Um Montão de Amigos.....	394
ANEXO X - As Escalas de Wechsler.....	395
ANEXO XI - Protocolo da Primeira Consulta do Ambulatório Ge- ral de Pediatria.....	404

INTRODUÇÃO

O que se entende por saúde mental? Qual a diferença entre saúde e saúde mental? Quais são as implicações políticas e sociais da saúde mental? Numa sociedade capitalista, qual o significado da saúde? Como as diferentes profissões se organizam em relação à saúde? Quais os limites de atuação profissional e o perfil que elas delineiam? Quais as contradições nas atuações e atitudes dos profissionais e das instituições nas quais eles prestam serviços?

Obviamente, este trabalho pretende responder em parte este amplo conjunto de perguntas que, de imediato, nos assaltam quando se trata de conceituar saúde mental uma vez que a questão nos coloca diante da noção de normalidade e é somente no contraponto com este que a saúde mental pode ser conceituada. Ora, entre o normal e o patológico, no âmbito mental, os limites se constroem muito mais frequentemente face aos critérios utilizados do que com base em evidências empíricas: trata-se de um objeto que se constrói e não de um objeto que se nos dá. Por isso, é na corrente histórica de sua constituição que emergimos - no tempo e no espaço que vivemos encontramos já uma prática social que nos antecede, na qual atuamos no nosso tempo e no nosso espaço

sabendo de antemão que esta história presente nos ultrapassará como herança que o tempo vivido deixará. Por isso, mais do que uma definição, é um conceito histórico que poderemos depreender das práticas de nosso tempo para nelas podermos intervir.

Em 1977 a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE publicou um informe, o de número 613 - **SALUD MENTAL Y DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NINO** - propondo uma mudança do enfoque centrado na preocupação com a doença para se centrar na saúde e no desenvolvimento.

Neste informe, há uma análise das tendências seculares postas sob suspeição como o rápido processo de urbanização que cria um sũbsistema de condições sócioeconômicas desfavoráveis para uma faixa da população que mora nos arredores das cidades.

As condições de moradia, o saneamento básico, os serviços de atenção primária à saúde, quando existem, são precários. As oportunidades ocupacionais são de subemprego ou centradas no trabalho das mulheres. As crianças ficam em ruas ou em creches, quando elas existem na redondeza.

As famílias nucleares, além do isolamento em relação aos outros membros, muitas vezes se desmembram, aumentando o número de crianças sem atenção parental. Ou ainda, as jovens mulheres engravidam e não conseguem colocar seus filhos em lares adotivos, aumentando o número de crianças abandonadas.

Finalmente, as escolas não oferecem vagas e, quando as oferecem, as tentativas de alfabetização terminam em fracasso para uma grande parte destas crianças.

Como se sabe, o desenvolvimento das crianças depende de estruturas biológicas sadias, que permitam o contato com o ambiente psicossocial. E a saúde mental, enquanto relação que se estabelece entre as crianças e seu ambiente psicossocial, resulta também do "somatório" destes fatores sociais. É por isso que o informe da OMS correlaciona saúde mental e desenvolvimento social para, no interior desta relação, caracterizar três diferentes tipos de desenvolvimento psicossocial da criança.

A primeira noção remete ao desenvolvimento considerado normal, em que as crianças não têm dificuldades biológicas nem sociais.

A segunda se refere ao desenvolvimento anormal, de uma perspectiva qualitativa, em que alterações biológicas impedem as relações satisfatórias com o meio ambiente, como por exemplo a deficiência mental.

A terceira se refere ao desenvolvimento normal, de uma perspectiva quantitativa em que as alterações afetivas ou de comportamento podem ser transitórias e são comuns a todas as crianças em geral. Quando estas alterações transitórias se tornam múltiplas, persistentes e socialmente incapacitantes, denominam-se de transtornos mentais.

Os transtornos mentais são variações do desenvolvimento psicossocial normal e podem ser causa de grande sofrimento para crianças ou mesmo precursores de problemas psiquiátricos e sociais do adulto.

Este documento da OMS modificou a noção de saúde mental, ao libertá-la da noção estreita dos problemas neuróticos e psicóticos para englobar as interrelações entre a saúde, os fatores psicossociais, o meio socioeconômico e a realidade política.

Atendendo às solicitações deste informe e conjugando-as com as atribuições profissionais do psicólogo, a colaboração nos processos de avaliação e diagnóstico, bem como no planejamento de serviços ligados à saúde, torna-se fundamental, uma vez que, na divisão de tarefas que historicamente foi se constituindo, é da competência do psicólogo lidar com os problemas de saúde mental. Assim, ao deslocar a noção de saúde mental para situá-la nas interrelações apontadas acima, o informe da OMS não só modifica a noção mas também propõe uma prática diferente daquela que vinha se constituindo ao longo do tempo, separando saúde e saúde mental.

Por que há uma diferenciação entre saúde e saúde mental? Onde e quando se originou esta cisão?

O dualismo mente-corpo, cisão fundamental em uma cultura, encontra-se já em Platão, no século V A.C., como um

princípio filosófico. Este princípio permitiu o desenvolvimento da dialética platônica, na qual a contraposição das idéias percorria uma trajetória em direção às essências ideais. Nesta trajetória, o pensamento é produto da mente em oposição ao real sensível (domínio do corpo). As idéias, além de serem geradoras, são também o depositário do conhecimento do mundo, por isso lugar e espaço para construir e manter a hegemonia e autonomia da mente em relação ao corpo.

O corpo, por sua vez, sujeito às intempéries, e à dimensão temporal de sua existência, tem a fragilidade contida nos limites do orgânico.

O exagero medieval na busca de demonstração da existência divina, através de um verbalismo racional vazio, prepara o terreno para o Renascimento do Homem como preocupação epistemológica. Neste movimento, DESCARTES, no século XVII, retorna à questão do dualismo..

Neste dualismo se estabelece o "Cogito, ergo sum", o sujeito que conhece, a substância pensante, não é mais a hegemonia da idéia, mas a do sujeito-que-pensa, do homem racional.

E o corpo é resgatado numa perspectiva mecanicista, permitindo o desenvolvimento da biologia, da anatomia e posteriormente o da medicina moderna.

O dualismo cartesiano funda-se em duas entidades que podem se tornar objeto de conhecimento conforme o método empregado. Se for o corpo, utiliza-se o método científico (Empirismo); se for a razão, utiliza-se o método filosófico (Racionalismo).

Esta oposição permanece até os dias atuais nas questões de saúde. Fala-se em saúde e saúde mental. A primeira é entendida como da estrutura biológica ou do corpo, conhecida e explicada pela anatomia, biologia e bioquímica. E, a saúde mental como aquela que se relaciona aos fenômenos internos da pessoa (a mente).

Atualmente, quando se fala em psicossomática fala-se da influência de um sistema em relação ao outro, mas não de uma totalidade. Na noção de psicossomática está implícita uma preponderância da mente, o descompasso é a origem dos problemas. "Ora o problema da unidade humana e da totalidade psicossomática permanece inteiramente aberto" (FOUCAULT, 1991:13).

É no interior deste dualismo historicamente ineludível, a que se somam as questões da articulação da unidade e totalidade do humano com os fatores psicossociais, o meio socioeconômico e a realidade política, que deveria se dar a atuação do psicólogo. Atuação nem sempre coerente porque sujeita às vicissitudes do cotidiano de um ambulatório. É no movimento e do movimento do exercício profissional que se constitui a reflexão deste

trabalho. Vaivém contínuo entre a força de uma tradição e a vontade política de ultrapassá-la para construir uma prática profissional e uma prática de reflexão capazes de atingir um duplo objetivo: de um lado, "dar atendimento às crianças com dificuldade de aprendizagem" que, depois de um longo percurso, acabam sendo encaminhadas ao Setor de Psicologia; de outro lado, entender os porquês destes encaminhamentos para construir caminhos outros que não a medicalização e localização no indivíduo dos supostos problemas de aprendizagem.

Este trabalho apresenta, portanto, o próprio Setor de Psicologia do Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, caracterizando o Serviço que nele se presta e descrevendo o percurso dos sujeitos a ele encaminhados.

O segundo capítulo, consequência já do convívio com os sujeitos encaminhados e com os diagnósticos que os encaminham, tematiza a construção histórica da própria doença manuseando a literatura sobre dislexia, para, no capítulo seguinte refletir sobre a passagem dos resultados da pesquisa ao senso comum.

No quarto capítulo são analisados os critérios e procedimentos adotados no espaço do primeiro diagnóstico, aquele realizado pelo leigo mas autorizado pelo suposto saber daqueles que ocupam o lugar do professor alfabetizador e pedagogos. Os dados manuseados neste capítulo foram obtidos através da análise

do conteúdo linguístico de uma questão sobre "critérios diagnósticos" para a chamada dislexia específica de evolução.

Por fim, retorna-se ao Setor de Psicologia para ilustrar, através de descrição de três casos, o trabalho prático executado com os sujeitos encaminhados a este serviço.

Como se verá ao longo do percurso do trabalho, a medicalização funciona de forma a deslocar os problemas da área de atuação educacional para a área da atuação médica e psicológica, encobrendo os diferentes problemas enfrentados pela criança que começa a aprender a ler e escrever.

— —

CAPÍTULO I

TRABALHANDO COM SUJEITOS ENCAMINHADOS

1.1. Caracterização do Setor de Psicologia do Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP

Inicio este trabalho com o relato de minhas vivências no Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP a partir de outubro de 1976, quando ali iniciei minhas atividades profissionais, não porque considere menos importantes os anos em que fiz meu curso de Psicologia, nem os primeiros anos de trabalho profissional, mas porque é a partir

de 1976 que uma série de mudanças decorrentes de minhas experiências profissionais passam a ocorrer.

A Pediatria é uma das quatro grandes áreas clássicas da Medicina. Estas áreas são: Cirurgia, Clínica Médica, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria.

O ensino de Medicina tem um duplo vínculo, um aspecto teórico e outro prático ou assistencial, que consiste no ensino da prática médica, ou ensino ao pé-do-leito.

A Pediatria como disciplina do curso médico, inicia-se no quarto ano, período em que os alunos se deslocam para o hospital e, concomitantemente às aulas teóricas, exercem as atividades práticas.

Como assinala SCHRAIBER, "as práticas hospitalares, no modo de produção capitalista, definem o efetivo processo educativo médico" (1989, p. 64) que por sua vez ao assumirem "as especificidades das práticas escolares, caracterizam o hospital como escola" (Idem, p. 65).

Desta forma "a educação médica ainda que uma educação particular, enquanto processo educativo significa a reprodução na qualificação do trabalhador, da qualificação do trabalho no processo de produção" (Idem, p. 66).

No que se refere às práticas hospitalares, estas se caracterizam como uma forma privilegiada de trabalho médico, e

enquanto prática educativa se caracterizam como dominantes em relação às demais práticas do curso médico.

O Hospital das Clínicas da UNICAMP é o Hospital-Escola onde os alunos supervisionados pelos docentes e residentes exercem a prática da Medicina.

As crianças são atendidas pelos alunos do quinto ano de medicina nas diversas especialidades; após o atendimento os internos se reportam aos residentes ou aos docentes para discussão dos casos. Quando durante a discussão do caso, os internos e o docente identificam problemas psicológicos ou dificuldades escolares há a procura pelo Setor de Psicologia através da apresentação resumida do caso e o agendamento no Setor. Os casos são agendados pelo Setor, quando há queixa de desconforto psicológico pelo paciente ou por outras pessoas de sua convivência. Na situação específica das dificuldades escolares um estudo do caso se faz necessário, pois havendo ou não a "dificuldade de aprendizagem" os professores vão utilizar o recurso de encaminhar para médicos ou psicólogos, independentemente da qualidade da formação destes profissionais. Os tipos de casos atendidos pelo Setor podem ser observados no quadro da página (41).

Quais seriam, então, as minhas atividades neste Departamento?

Minha jornada é de docência e assistência: dou aulas de Psicologia do Desenvolvimento e presto assistência às crianças que são encaminhadas, como tendo problemas psicológicos, pelos alunos e seus supervisores, os docentes da Faculdade de Ciências Médicas. É sobre esta assistência que se centra este trabalho.

O Setor de Psicologia da Pediatria iniciou suas atividades em 1976 com uma psicóloga. No ano de 1992, iniciou-se um programa de estágios com duas estagiárias, no ano de 1993 contou com quatro estagiárias e para este ano de 1994 tem seis estagiárias. São todas formadas em psicologia e o estágio tem a duração de 12 meses com atividades no Ambulatório e na Enfermaria de Pediatria.

O crescimento do Setor se relaciona com o próprio crescimento do Departamento e das Especialidades Médicas na área da Pediatria.

1.1.1. Procedência dos Sujeitos Encaminhados

Como as crianças chegam ao Hospital de Clínicas (H.C.) da UNICAMP? Elas são encaminhadas pelos Postos de Saúde

de Campinas e Região, por Serviços, Hospitais e Médicos de Campinas e Região, pelo Pronto-Socorro e pelo Ambulatório de Primeiro Atendimento (APA) do Hospital das Clínicas/UNICAMP.

Com exceção das urgências, que são atendidas no Pronto-Socorro, as pessoas doentes são atendidas no Ambulatório de Primeiro Atendimento (APA) porta de entrada do H.C./UNICAMP.

No APA as pessoas podem ser atendidas e acompanhadas até que seus problemas se resolvam, mas se seus problemas são considerados específicos ou de tratamento especializado, são encaminhadas para os Ambulatórios Gerais ou de Especialidades do H.C./UNICAMP.

- Um levantamento feito no APA através da análise de 3800 relatórios de consultas infantis dos atendimentos no período de janeiro de 1992 até abril de 1993, nas especialidades de Neurologia e Psiquiatria, evidenciou que queixas e diagnósticos de "dificuldade de aprendizagem" em crianças de seis a quinze anos perfizeram um total de 247 encaminhamentos: 79 para a Psiquiatria e 168 para a Neurologia. A Neurologia registrou o dobro da procura por serviços médicos nas questões de "dificuldade de aprendizagem". Estes dados podem ser observados na TABELA I.

TABELA I - Serviços de Saúde que encaminham pacientes com diagnóstico de "Dificuldade de Aprendizagem" para o Ambulatório de Primeiro Atendimento/H.C./UNICAMP, no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

Ia - Encaminhados à Psiquiatria

SERVIÇOS DE SAÚDE	CRIANÇAS
Pronto-Socorro-UNICAMP	2
Postos de Saúde	45
Retorno ao APA	3
Outros Hospitais	2
Médicos e Serviços Particulares	27
TOTAL	79

Ib - Encaminhados à Neurologia

SERVIÇOS DE SAÚDE	CRIANÇAS
Pronto-Socorro-UNICAMP	4
Postos de Saúde	123
Retorno ao APA	10
Outros Hospitais	1
Médicos e Serviços Particulares	30
TOTAL	168

Pode-se observar que os Postos de Saúde são a maior fonte de encaminhamentos (Psiquiatria = 45; Neurologia = 123),

vindo logo a seguir Médicos ou Serviços Particulares (Psiquiatria = 27, Neurologia = 30). Considerando-se que os postos de saúde são freqüentados pela população de baixa renda, em sua maioria, estes primeiros dados relativos ao encaminhamento de pacientes ao APA já mostram possíveis correlações entre dificuldades escolares e questões de ordem social mais amplas. Este viés é imposto pelo próprio sistema de saúde brasileiro.

Será que todas estas crianças têm "dificuldade de aprendizagem?" Elas têm problemas de saúde que as impedem de aprender? Nenhuma delas foi equivocadamente avaliada antes de chegar ao APA? Porque foram encaminhadas para a Neurologia? Qual a crença e o senso comum que sustenta este encaminhamento? "Dificuldade de aprendizagem" é problema neurológico? Qual é o destino destas crianças: tratamento médico ou retorno aos bancos escolares?

A impossibilidade do professor em lidar com as dificuldades do cotidiano da escola, no tocante à recuperação do ato pedagógico, que se concretizaria na formação desse profissional, na redefinição do planejamento do ano letivo, na adequação curricular, na metodologia, nos processos de ensino-aprendizagem, enfim, é na perspectiva da prática pedagógica no

cotidiano da escola que se deve investir para superá-lo (COLLARES e MOYSÉS, 1992:26).

O professor se utiliza do sistema de saúde para o encaminhamento de crianças que ele pré-diagnostica como tendo "dificuldade de aprendizagem". Nada é mais angustiante para o professor do que aquele aluno que desafia sua experiência profissional anterior de sucessos em ensinar as crianças.

Transformam-se, assim, as relações profissionais na escola. Os professores, que deveriam ser os responsáveis por analisar e resolver os problemas educacionais, passam a ser mediadores, apenas triando e encaminhando os alunos para os especialistas da saúde (COLLARES e MOYSÉS, 1992:27).

Na realidade, o professor está externando um estigma social de que quem não aprende tem doença, é retardado mental.

Cabe aos médicos que fazem a primeira consulta no APA decidirem se o paciente será atendido no APA ou se será encaminhado para os locais de origem ou aos Ambulatórios do H.C./UNICAMP.

No APA estas crianças têm confirmado seus diagnósticos de "dificuldade de aprendizagem" e são

encaminhadas para vários ambulatórios de especialidades da Neurologia e da Psiquiatria.

Os diagnósticos associados e encaminhamentos da Psiquiatria podem ser observados na TABELA II.

TABELA II - Modalidades de diagnóstico e encaminhamentos realizados pelo Setor de Psiquiatria do APA no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

ENCAMINHAMENTOS *									
	RO	RA	AN	AP	AI	AA	DA	PS	T
DIAGNÓSTICO									
dif.aprendiz. +	1								1
trans.desen.afet.	1				12	7	3		23
def. mental						1			1
emoções adolesc.	1		2	1					4
d.misto em.cond.						6			6
reação ajusta/					5	5	2		12
fator psiquiátr.					17	1			18
enurese						2		1	3
convulsão			2	2	1				5
fobia escolar			1		2				3
fator orgânico					2				2
cef. + sonamb.		1							1
criança normal		1			1	1			3
TOTAL**	3	2	5	3	40	23	5	1	82

Legenda: * RO = Retorno à Origem; RA = Retorno ao APA; AN = Ambulatório Neuropediatria; AP = Ambulatório Psicologia; AI = Ambulatório Psiquiatria Infantil; AA = Ambulatório Psiquiatria Adolescente; DA = Dificuldade de aprendizagem; PS = Pronto-Socorro; T = Total

** O número de encaminhamentos foi superior ao número de casos atendidos, uma vez que alguns pacientes foram encaminhados para mais de um Ambulatório de Especialidade

No Ambulatório de Psiquiatria Infantil, o diagnóstico associado de transtorno do desenvolvimento afetivo (N=23) foi o que concentrou maior incidência.

O Setor de Psiquiatria do APA realizou 82 encaminhamentos, sendo que 79 para o H.C./UNICAMP e 3 aos serviços de onde procediam os pacientes.

No Ambulatório de Especialidades da Neurologia, houve uma maior incidência para as Especialidades de Neuropediatria (N=86) e Psicologia (N=93), com vários diagnósticos associados. Dentre os diagnósticos associados, o de maior incidência foi o de convulsão (N=22). Quanto aos 213 encaminhamentos, 203 foram para o H.C./UNICAMP e 10 aos serviços de onde procediam os pacientes, como se observa na TABELA III.

Os neurologistas e psiquiatras que são contemplados com uma formação acrítica (COLLARES e MOYSÉS, 1986) não sabem como lidar com crianças em idade escolar, recebem estas crianças, confirmam os diagnósticos e se envolvem com procedimentos de tratamento, fazem do hospital o espaço para se lidar com estas crianças. Porque não devolvê-las aos professores? Ao espaço pedagógico começando assim a reverter o círculo vicioso do encaminhamento.

Um raciocínio analógico sustenta as concepções dos profissionais médicos de que problemas neurológicos ou familiares determinam o fracasso escolar.

TABELA III - Modalidades de diagnóstico e encaminhamentos realizados pelo Setor de Neurologia do APA no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

ENCAMINHAMENTOS *										
	RO	H.C.	AN	AP	AI	PS	AO	OF	E	T
DIAGNÓSTICO										
def.aprend. +	4	3	27	62			1	1		98
dist.comp.			4	6	3		1			14
cefaléia		1	9	4						14
convulsão	5		12	9	1				2	21
rdmpt			10	6						16
macrocef.			2		1					3
ansiedade	1			1	1					3
hiperatividade			4	2						6
def. mental	2		2							4
enurese			2	1						3
sindr. gen.			3	1						4
hidrocefalia				1						1
def. auditivo	1		1							2
tce			1	1						2
paral/hemipl.			2							2
fator psiq.			1		2			1		4
dist.linguagem			4	4						8
tic				1		1				2
homocistinúria			1							1
neurite óptica			1	1				1		3
mielomeningo			1							1
TOTAL**	11	4	87	96	8	1	2	3	2	213

Legenda: * RO = Retorno à Origem; H.C. = Hospital das Clínicas; AN = Ambulatório Neuropediatria; AP = Ambulatório Psicologia; AI = Ambulatório Psiquiatria Infantil; PS = Pronto Socorro; AO = Ambulatório Otorrinolaringologia; OF = Ambulatório Oftalmologia; E = Epilepsia; T = Total.

** O número de encaminhamentos foi superior ao número de casos atendidos, uma vez que alguns pacientes foram encaminhados para mais de um Ambulatório de Especialidade

Uma análise contingencial solicita a colocação de um contraponto nos seguintes termos: esta criança comparece com regularidade às aulas? Qual é a natureza das atividades que executa na escola? Como é o relacionamento que estabelece com os colegas e professores? O que significa ir para a escola para elas e seus familiares? O tempo que permanece na escola não compete com outras atividades que garantem o sustento da família?

Será que para os neurologistas e psiquiatras a questão é levar a criança a cumprir as tarefas escolares segundo os critérios dos professores, ou caberia uma revisão no contexto social como um primeiro passo para modificação de suas práticas normativas?

As pessoas diferentes foram desvalorizadas pela cultura como incapazes e deficientes e depositadas em espaços segregados, em hospitais, e, esta tradição leva os professores a encaminhá-los para serviços de saúde que abrigam profissionais que lidam com questões de doença ou doença mental.

Outro aspecto que chama atenção se refere à relação entre diagnóstico, grau escolar e idade, tanto para as crianças encaminhadas para a Psiquiatria quanto para a Neurologia, como se vê nas TABELAS IV e V.

Entre as crianças encaminhadas para a Psiquiatria, a maior frequência das "dificuldade de aprendizagem" situou-se em torno dos 9 anos (N=15) de idade frequentando a terceira série do primeiro grau (N=9).

TABELA IV - Relação entre Idade, Grau Escolar e Sexo das crianças diagnosticadas como tendo Dificuldade de Aprendizagem pelo APA (Setor de Psiquiatria), no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

		Grau Escolar e Sexo											
Total		-----								Grau			
Crianças		1a. série		2a. série		3a. série		4a. série		5a. série		Desconhecido	
Sexo													
Idade	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
6 anos	3	-									3	-	
7 anos	3	3									3	3	
8 anos	2	2	1	1							1	1	
9 anos	12	3	3		3	1	1	1			5	1	
10 anos	9	2			1		1				7	2	
11 anos	4	3			2	1	1			1	1	1	
12 anos	7	2	2		1	1	2	1			4	-	
> 12 anos	14	10			1	1	1		2	2	9	6	
TOTAL*	54	25	6	1	7	4	5	4	-	2	33	14	

* O número elevado de ausência de registro do grau escolar da criança indica a não importância dada a este item pelo profissional que atua no APA, apesar da queixa ser "dificuldade de aprendizagem".

TABELA V - Relação entre Idade, Grau Escolar e Sexo das crianças diagnosticadas como tendo Dificuldade de Aprendizagem pelo APA (Setor de Neurologia), no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

Total		Grau Escolar e Sexo					Grau Escolar Desconhecido			

		1a. série	2a. série	3a. série	4a. série	5a. série				
Idade	Sexo		M	F	M	F	M	F	M	F
	Crianças									
6 anos	15	7	1	1					14	6
7 anos	10	7	1						9	7
8 anos	14	7	4	-	1			-	10	6
9 anos	15	8	5		1	2			9	6
10 anos	15	8	4	1	1				10	7
11 anos	14	6	1	2	1	1	1		11	3
12 anos	9	2	1		2	1	2		3	2
> 12 anos	22	9			1	2	1	1	18	8
TOTAL*	114	54	17	4	6	4	3	-	84	45

* O número elevado de ausência de registro do grau escolar da criança indica a não importância dada a este item pelo profissional que atua no APA, apesar da queixa ser "dificuldade de aprendizagem".

A ocorrência da relação entre 9 anos (N=15), segunda série (N=11) e terceira série (N=9) mostra de imediato que a procura de "serviços médicos" com queixas de "dificuldade de aprendizagem" tem a ver com a maneira como o primeiro grau está organizado. Durante o ciclo básico, ter dificuldades não é

problema; na passagem do ciclo básico para as séries seguintes, emerge o problema quer porque o aluno é retido entre o ciclo básico e a série seguinte quer porque aprovado para a série seguinte, não "acompanha" as lições escolares.

Por sua vez, as crianças com queixas de "dificuldade de aprendizagem" encaminhadas para a Neurologia têm a maior frequência nas idades de 9 (N=23) e 10 anos (N=23) e estão frequentando a primeira série do primeiro grau (N=17). Nota-se aqui a faixa etária predominando.

Ter uma doença leva o professor a suspeitar de "dificuldade de aprendizagem" que se confirma (na ótica do professor) quando estas crianças repetem uma ou mais vezes uma série escolar. No entanto, se estas crianças forem expostas a diversas condições de uso social da escrita e leitura, como ocorreu com o terceiro estudo de caso relatado neste trabalho, a criança avança neste processo de aquisição e resolve tal "dificuldade".

O desconforto do professor diante da criança que tem "dificuldade" leva-o a fazer analogia entre doença e "dificuldade" e se preparar para tentar retirá-la de sua classe com um destino certo - a classe especial. Mas, mesmo na classe especial (para aquelas crianças que realmente dela necessitam) se for realizado um trabalho pedagógico a criança não apresentará mais "dificuldade".

Examinando as TABELAS IV e V, pode-se observar que em todos os quatro quadros o número de meninos com queixa de "dificuldade de aprendizagem" é maior do que o de meninas, em todos os níveis de idade e mesmo grau escolar.

PSIQUIATRIA		NEUROLOGIA	
Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
54	25	113	55

Estes diferentes encaminhamentos, à Neurologia e à Psiquiatria, e a "coincidência" quantitativa em relação ao grau de escolaridade, à faixa etária e ao sexo, mostram que a "dificuldade de aprendizagem" têm diferentes leituras tanto no pré-diagnóstico quanto no diagnóstico efetuado: estar ainda na primeira série com 9-10 anos, provavelmente repetindo-a três vezes, deve ser consequência de distúrbio neurológico (situado no corpo), estar na segunda ou terceira série, mas com "problemas de acompanhamento escolar", deve ser alteração afetiva, transitória (situada na mente). Isto diz o senso comum e mesmo profissionais não estão ílesos às representações de seu tempo.

Como se caracteriza a atuação dos médicos e professores? Quem é esta criança que o professor ensina? O que

ele conhece a respeito dela? O que se popularizou sobre dificuldades escolares?

O professor "sabe" que quando as crianças não realizam tarefas escolares ou não se adaptam ao ambiente da sala de aula têm problemas de saúde física e/ou mental e através deste senso comum fazem um diagnóstico prévio e as encaminham para os serviços de saúde.

E os médicos o que fazem? O que eles conhecem das crianças em idade escolar?

Segundo COLLARES e MOYSÉS (1986) além de se envolverem num movimento de crescente medicalização aliado à uma formação acrítica, perpetuada pelas escolas de ensino médico, os psiquiatras e neurologistas são levados a tratar como doença, problemas escolares. Um outro aspecto a ser realçado é que as pesquisas atuais sobre saúde escolar utilizam critérios variados de saúde e descartam as histórias de vida dos escolares como determinantes da seleção de instrumentos de pesquisa (NOVAES e ZUCCOLOTTO, 1986).

O sistema escolar, por sua vez, não se auto-analisa e aceita a confirmação do diagnóstico médico. A criança não aprende porque tem "dislexia". O círculo se fecha e a cadeia se realimenta. Meninos? São os meninos que têm maior dificuldade de adaptação à "normalidade" (ou maior resistência?). Porque tem uma frequência dobrada em relação às meninas? Como está

organizada a sociedade em relação aos papéis sexuais sociais dos meninos e meninas? Quais são as expectativas sociais para os dois grupos?

Estudar, saber ler, escrever, fazer contas e resolver problemas vão fazer parte do dia a dia de trabalho dos meninos enquanto que as meninas vão cozinhar, cuidar de crianças e ajudar os maridos na administração da casa, razão pela qual a pressão para o ajustamento e o desempenho escolar é maior sobre os meninos, que exercerão tarefas públicas e competitivas em oposição às meninas cujas tarefas serão privadas e com níveis baixos de competição.

Como então chegam os casos para o Setor de Psicologia da Pediatria?

Eles são provenientes do Ambulatório Geral de Pediatria e dos Ambulatórios de Especialidades Pediátricas.

Os Ambulatórios de Especialidade compreendem: Gastroenterologia, Endocrinologia, Pneumologia, Neuropediatria, Imunologia, Genética Clínica, Reumatologia, Desenvolvimento e Crescimento, Adolescência, Nefrologia, Urologia, Cirurgia Pediátrica, Fonoaudiologia, Fisioterapia e a Psicologia.

Os Ambulatórios de Especialidades se constituem de especialidades da área médica e de outras disciplinas afins que compõem as equipes multiprofissionais.

No período de janeiro de 1992 a abril de 1993 foram atendidas 250 crianças no Setor de Psicologia da Pediatria provenientes do Ambulatório Geral e dos Ambulatórios de Especialidades da Pediatria. Houve também encaminhamentos de outros ambulatórios do H.C./UNICAMP, como se pode observar na TABELA VI.

TABELA VI - Procedência dos Encaminhamentos Recebidos pelo
Setor de Psicologia da Pediatria no período
de janeiro de 1992 a abril de 1993

AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES	TOTAL
Fonoaudiologia	13
Ped.Clinica	92
Imunologia	49
Crescimento	6
Gastro	38
Neurologia	14
Adolesc.	6
Nefrologia	3
Reumatologia	1
Fisioterapia	4
P.S. Pediatria	3
Endocrinologia	13
Ginecologia	3
Dermatologia	1
Otorrinolaringologia	2
Genética	2
TOTAL	250

O Ambulatório Geral de Pediatria no período de janeiro de 1992 a abril de 1993 encaminhou 92 crianças, com problemas psicológicos. Dentre os Ambulatórios de Especialidades os que mais encaminharam (no mesmo período) foram Imunologia Pediátrica (N=49), Gastroenterologia Pediátrica (N=38), Neuropediatria (N=14), Fonoaudiologia Pediátrica (N=13) e Endocrinologia (N=13).

Dentre as 250 crianças atendidas pelo Setor de Psicologia, 69 delas tinham queixas de "dificuldade de aprendizagem", além de outros diagnósticos associados como se vê na TABELA VII.

TABELA VII - Diagnósticos Associados à "Dificuldade de Aprendizagem" - Setor de Psicologia de Departamento de Pediatria, no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

DIAGNÓSTICO ASSOCIADO	TOTAL
Asma	12
Crises Convulsivas	4
Deficiência Mental *	4
Cefaléia	10
Distúrbio Linguagem	12
Rinite Alérgica	7
Retardo no Desenvolvimento Neuropsicomotor *	11
Enurese	1
Encoprese	2
Distúrbio do Crescimento	4
Distúrbio Comportamento	2

* Veja no texto comentários sobre estes diagnósticos

* Uma análise dos diagnósticos associados permite verificar que 4 crianças tinham diagnóstico de deficiência mental e 11 de retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, sendo que todas as 15 crianças freqüentavam APAEs; 2 em Campinas e 13 nas cidades vizinhas, e correspondiam a 21,73% dos sujeitos encaminhados com "dificuldade de aprendizagem". O que estaria causando "dificuldade de aprendizagem" nas 54 crianças restantes que correspondiam a 3.6 vezes a mais do que os sujeitos (15) que freqüentavam as APAEs.

Todas elas tinham encaminhamentos de "dislexia" - segundo os critérios dos professores.

Como os professores têm interpretado este "diagnóstico"? Como surgem os encaminhamentos? O que as crianças realmente apresentam? De que maneira os diferentes profissionais tratam a "dislexia"? Haveria razões no interior da própria conceituação de "dislexia" para que se popularizasse uma concepção que acabe por produzir esta "nova morbidade"?

Uma análise do grau escolar e idades das crianças encaminhadas com "dificuldade de aprendizagem" ao Setor de Psicologia permite verificar que há uma freqüência maior de "dificuldade de aprendizagem" na segunda série primária (24 crianças), entre as crianças com 9 anos (14 crianças), como mostra a TABELA VIII.

TABELA VIII - Relação entre Idade, Grau Escolar e Sexo das crianças com diagnóstico de "Dificuldade de Aprendizagem" encaminhadas para o Setor de Psicologia da Pediatria, no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

		Grau Escolar e Sexo											
Total		-----											
Crianças		1a. série		2a. série		3a. série		4a. série		5a. série		APAE	
Sexo													
Idade	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
6 anos	1												1
7 anos	1	1											1 1
8 anos	6	3	3	2	3	1							
9 anos	9	5	3	1	4	2	1						1 2
10 anos	6	2	2		2	1	1		1	1			3
11 anos	8	7	1		3	1	1	2	2				1 1
12 anos	7	1			2	1			2				3
> 12 anos	10	2	2		4		2	2	1				1
TOTAL	48	21	11	3	18	6	5	4	6	1	-	-	8 7

Segundo SUCUPIRA (1986) o rótulo de criança neurológica torna os pais e professores mais tolerantes. O que isto ocasiona ao nível das interações humanas entre os sujeitos envolvidos? Os primeiros são desmotivados para impor os limites da educação familiar e os segundos a não investir no aluno e a

desculpar a ausência do rendimento escolar como causada pela doença.

E ao médico qual papel seria atribuído?

Aos profissionais de saúde (médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, nutricionistas e outros) existe o desafio de se engajar na luta pela construção de um sistema de saúde capacitado a oferecer atenção de qualidade à população, respondendo às suas necessidades e demandas... (COLLARES e MOYSÉS, 1992:28).

...ao pediatra caberia, em especial, a responsabilidade de triar os casos a serem encaminhados para os demais profissionais da equipe multiprofissional, daí a exigência da boa formação dos estudantes de medicina em psicologia do desenvolvimento em todos os níveis: lactente, pré-escolar, escolar, púbere e adolescente.

E, novamente, tanto para o ano de 1992 como para o de 1993 pode-se observar que o número de meninos (N=48) com queixa de "dificuldade de aprendizagem" é maior do que o de meninas (N=21), em todos os níveis de idade e mesmo grau escolar.

O ciclo básico criou uma imposição legal de não reter as crianças na primeira série e transferiu esta tarefa para o

final da segunda série o que criou no senso comum veiculado pelo sistema escolar de que a primeira série recomporia um repertório básico inadequado ou insuficiente e que as séries seguintes forneceriam o conteúdo acadêmico. De fato, o que tem acontecido é um encurtamento do período para administração do conteúdo escolar e uma retenção que continua em uma frequência elevada, porém deslocada para a passagem da segunda para a terceira série.

Será que a questão é desenvolver pré-requisitos ou criar condições para que processos interacionais entre sujeitos conscientes adquiram significações partilhadas por estes mesmos sujeitos?

1.1.2. Modalidades de Queixas

Ao fazer uma análise das queixas que deram origem aos encaminhamentos observa-se que elas podem ser divididas em quatro modalidades.

A primeira delas ocorre porque os resultados do tratamento médico não obtém os níveis esperados e são detectados aspectos familiares ou pessoais que impedem o trabalho médico quando se trata de doentes crônicos.

Este é o caso de M. com asma Grau IV com 6 anos de idade, que foi encaminhada em 1988 pelo Ambulatório de Especialidade de Imunologia em virtude de após um ano de tratamento médico ainda apresentar crises frequentes e intensas e o uso acentuado de medicamentos.

Os médicos tinham dificuldades em controlar algumas atividades cotidianas de M. para poder diminuir os medicamentos e a encaminharam para o Setor de Psicologia na tentativa de obter uma mudança nos hábitos da garota.

A gravidade da doença fazia com que os pais restringissem todas as atividades de M. com receio de que as crises pudessem se intensificar mais.

Nas queixas de M. estavam presentes a pressão dos pais e um desejo intenso de ser como as outras crianças de sua idade. "Minha mãe e meu pai não me deixam fazer o que eu gosto. Tudo porque eu tenho asma. Eu não posso ir à piscina com minhas primas, andar descalça, brincar de correr. Minha bicicleta está guardada".

No Setor de Psicologia ela foi acompanhada com um programa de orientação, sobre as possibilidades de reorganizar suas atividades de vida diária maximizando as situações que não envolviam o risco de desencadear crises.

Em 1993 M. já havia encerrado seu programa de imunização e recebeu alta ambulatorial.

Um outro tipo de encaminhamento provém de crianças que não conseguem autonomia no seu ambiente familiar e apresentam comportamentos divergentes que necessitam de avaliação e orientação à família, como é o caso de crianças com problemas de desenvolvimento.

Este é o caso de B. de 7 anos e 11 meses encaminhada pelo Ambulatório de Crescimento e Desenvolvimento para avaliação de seu desenvolvimento.

Após a aplicação da Escala de Maturidade Social de Vineland¹ (Anexo V), evidenciou-se uma idade social de 4 anos e 10 meses para uma idade cronológica de 7 anos e 11 meses. As áreas de maturidade social em atraso foram auto-auxílio para se vestir, locomoção, comunicação, socialização e auto-governo.

A formação do psicólogo leva-o a utilizar certos instrumentos de análise psicológica. Utilizei esta escala preocupando-me em fazer uma análise qualitativa e a partir dela programar junto com a mãe as maneiras de ajudar B. a conseguir promover seu desenvolvimento, que estava muito aquém de sua idade (4 anos e 10 meses).

A cada retorno de B. era administrado o instrumento para que fosse possível mensurar gradativamente seu desenvolvimento e poder, também, fornecer à mãe um "feed-back" de seu empenho com o desenvolvimento da filha. Este é um dos ritos da profissão de psicólogo.

A família recebeu orientação para desenvolver atividades nestas áreas do comportamento social. Sete meses após a primeira avaliação, ela foi submetida novamente à Escala de Maturidade Social de Vineland cujo resultado revelou uma idade social de 6 anos para uma idade cronológica de 8 anos e 8 meses. As áreas de imaturidade foram as mesmas da primeira avaliação, porém, alguns itens do auto-auxílio para se vestir, locomoção e comunicação haviam sido adquiridos.

Oito meses após, B. volta para nova avaliação e sua maturidade social situou-se aos 7 anos para uma idade cronológica de 9 anos e 4 meses. B. havia superado as dificuldades de locomoção, socialização e auto-auxílio para se vestir.

Após 15 meses de orientação permaneciam dificuldades de comunicação e auto-governo. Estas dificuldades não impediam que M. freqüentasse uma escola especializada, onde poderia inclusive desenvolver melhor estes aspectos. A família foi orientada e matriculou-a na escola. Até hoje B. freqüenta esta escola e por telefone a psicóloga da escola me relatou em julho de 1994 que, dia-a-dia, B. tem se desenvolvido e se integrado no seu grupo de trabalho na escola.

Há, também, um terceiro grupo de crianças que durante o seu desenvolvimento passam por períodos que podem se tornar críticos quanto ao aparecimento de inadequações e desadaptações

e são encaminhadas por apresentarem problemas de condutas e afetivos.

Este é o caso de J. que foi encaminhada pelo Ambulatório de Gastroenterologia quando tinha 7 anos de idade com a seguinte queixa. "Há quatro anos tinha episódios de constipação intestinal seguidos de incontinência fecal. Se ia brincar com irmãos ou crianças da vizinhança estas não aceitavam porque alegavam que L. cheirava mal. Era arredia, tristonha e de pouca conversa, chorava com facilidade e ficava sempre ao lado da mãe".

O período de orientação durou 15 meses e consistiu num programa de orientações para J. que compreendia: 1) registrar as ocorrências de "vontade de ir ao banheiro" com o objetivo de ensiná-la a conhecer qual era a regularidade de seu corpo; 2) procurar ir ao banheiro sempre que esta vontade aparecesse como uma maneira de eliminar rituais idiossincráticos associados ao comportamento de evacuar e obter feed-back para (1); 3) sempre que fosse ao banheiro, se estivesse com a calcinha suja deveria trocá-la por outra; 4) quando estivesse brincando se sentisse "vontade de ir ao banheiro" deveria parar a atividade e se dirigir ao banheiro; 5) motivar a mãe a fornecer uma dieta rica em fibras conforme orientação do Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica e 6)

solicitar a mãe para tratar J. da mesma maneira como tratava os outros filhos.

Finalmente, há um grupo de crianças que trazem como queixa "dificuldade de aprendizagem" quer seja em relação ao conteúdo acadêmico, quer em relação aos comportamentos esperados em sala de aula.

Este é o caso de D. de 8 anos que foi encaminhado pelo Ambulatório de Imunologia com a seguinte queixa. "Não lê, não faz nada na escola e a professora pediu que levasse ao médico para ver se tem problemas para aprender".

Ou então, de A. com 12 anos com queixa de: "Repetência de duas vezes na primeira série, 3 vezes na Segunda série. Além de apresentar dificuldades para ler e troca de letras na escrita". O trabalho com estas duas crianças será descrito nos estudos de caso 1 e 2 deste trabalho.

1.2. O Psicodiagnóstico

A rotina do serviço será apresentada considerando o fluxo de sujeitos encaminhados e os tipos de instrumentos utilizados para se fazer o Psicodiagnóstico.

Todas as profissões têm um instrumental que auxilia na análise dos dados, levantamento de hipóteses de trabalho, programação de intervenções e avaliação dos resultados de intervenções.

Os instrumentos psicológicos como os testes foram criados a partir do século passado para colaborar com os processos de seleção "impostos pela natureza" e permitir o conhecimento prévio dos indivíduos que conseguiriam sobreviver socialmente e os que não conseguiriam (SETOGUTI, 1991).

A atuação psicológica muitas vezes se vincula ao manejo destes instrumentos, apesar de seu caráter discriminatório, uma vez que seu objeto de trabalho é o comportamento das pessoas e dos grupos.

Ter instrumentos de análise não é o problema, a meu ver, o problema está no uso que se faz dele, uma maneira de evitar uma avaliação essencialmente psicométrica seria inseri-los na análise contingencial com uma ampla análise qualitativa.

A avaliação deve ser sempre feita dentro de um contexto, em que outros instrumentos, além dos testes, são também necessários, tais como jogos, observações, desenhos, entrevistas e anamnese com os pais. Assim teremos um perfil psicológico do aluno e não apenas percentuais obtidos nos testes que o

classificarão como deficiente ou não (CORRÊA, 1992:70).

Quero esclarecer que todos os testes que foram utilizados neste trabalho foram acrescidos de análise qualitativa e de outros instrumentos que permitissem a análise contingencial.

O psicodiagnóstico compreende:

1.2.1. Anamnese:

Palavra de origem grega (anamnesis) e que na medicina se refere às informações acerca do princípio e evolução de uma doença até a primeira observação do médico (conforme Novo Dicionário Aurélio, 1a. edição, 15a. impressão).

Em virtude de a psicologia ter se espelhado nos procedimentos da medicina, usamos a anamnese com ênfase nos dados que se relacionam à saúde mental.

No Ambulatório Geral de Pediatria existe uma anamnese padronizada que é colocada na pasta de cada pacientes (Anexo XI). Desta anamnese são retirados e resumidos os dados de queixa, desenvolvimento neuropsicomotor, controle de esfíncter, acompanhamento de antecedentes familiares mórbidos e doenças

infantis. Porém, estes dados não permitem uma análise contingencial motivo pelo qual se faz uma entrevista com a criança e seus pais, para se investigar com mais detalhes os aspectos familiares, sociais e escolares.

Em relação aos aspectos familiares é importante o conhecimento dos antecedentes mórbidos familiares e pessoais; a localização na ordem dos nascimentos; idade e o relacionamento com os pais, irmãos, tios, primos, avós (quando houver); as brincadeiras com os irmãos e vizinhos; as tarefas e obrigações para com a família; as expectativas da família e da criança para seu futuro acadêmico e profissional, o tipo de ocupação profissional dos membros da família.

Em relação aos aspectos sociais, pesquisa-se o relacionamento da criança com os vizinhos (adultos e crianças) e tipos de comportamentos adequados e inadequados nos vários ambientes sociais.

Em relação aos aspectos escolares, é importante conhecer o tipo de relacionamento que a criança tem com os colegas e a professora, os tipos de brincadeiras de que participa na escola, o desempenho acadêmico nas várias matérias, repetências, horários e hábitos de estudo e atividades de lazer.

Depois que estes dados são recolhidos, eles são sistematizados e inicia-se um programa de orientação que implica duas ramificações como se vê no Quadro a seguir.

QUADRO I - Discriminação dos Principais Problemas Psicológicos que conduziram as crianças ao Setor de Psicologia no período de janeiro de 1992 a abril de 1993

TIPOS DE PROBLEMAS		QUEIXAS APRESENTADAS
R A M I F I C A Ç Ã O	I Problemas de Conduta	desorganização de rotina diária
		birras, agressividade, discórdia
		entre irmãos e com vizinhos,
		negação em atender solicitações
		das pessoas, enurese, encoprese,
	II Problemas Afetivos	adoções, recusa em tomar remédios
		e seguir recomendações médicas

		medo, timidez, ciúmes
		ansiedade, depressão
		hipocondria
R A M I F I C A Ç Ã O	I "Dificuldade de Aprendizagem"	desatenção, agressividade,
		comportamentos inadequados em
		sala de aula, não acompanha o
		conteúdo pedagógico, fracasso
		escolar
	II Problemas de Desenvolvimento	-----
		negação ou super proteção dos
		pais, isolamento da criança
		modificações da rotina familiar
		ciúmes dos irmãos, alterações
		no auto-controle e na
		auto-imagem

1.2.2. Ramificação I - Crianças com Problemas de Conduta e Afetivos:

Nesta ramificação há dois tipos de crianças.

Quando a queixa e os comportamentos da criança se referem a uma má distribuição de seu tempo diário para as atividades que desempenha, faz-se uma breve orientação através de um procedimento denominado de Reorganização de Rotina.

Este procedimento consiste em levantar com as crianças todas as suas atividades e horários ao longo de uma jornada diária. Em seguida são oferecidas sugestões para reorganizar estas mesmas atividades em outros horários e quando a criança não executa alguma atividade de uma maneira sistemática, é solicitada a experimentar por duas semanas este novo critério. Após duas semanas a criança deve retornar ao hospital para uma nova entrevista e falar sobre os efeitos das mudanças que implantou em sua rotina.

Geralmente, as crianças apresentam muita satisfação porque descobrem que em um dia dá para fazer todas as suas obrigações e ainda brincar bastante. Neste momento, encerra-se o caso.

Há também um outro grupo de crianças que apresentam os chamados problemas de condutas como birras, agressividade, discórdia entre irmãos e com vizinhos, negação em atender solicitações das pessoas, enurese, encoprese, adoções ou problemas afetivos como medos, timidez, ciúmes, ansiedade, depressão e hipocondria.

Para estas crianças os procedimentos de orientação se modificam em função das queixas específicas e de sua organização familiar. A orientação tem como objetivo analisar as relações da criança com a família, as expectativas de ambas sobre a vida futura e oportunidades ocupacionais da criança e a inserção da família na comunidade.

Neste jogo de relações, a criança deve ser vista e trabalhada como sujeito de sua história pessoal.

Sempre que os objetivos de extinção da queixa são atendidos, o caso é encerrado.

1.2.3. Ramificação II - Crianças que Apresentam Problemas com a Escola

Nesta ramificação sempre se pede um relatório do professor sobre a conduta da criança na escola em relação aos

colegas, à professora, ao material escolar e ao conteúdo pedagógico. Este relatório é orientado no sentido de serem expostos os aspectos positivos e negativos do aluno segundo o professor.

O fato de um profissional como o psicólogo solicitar um relatório deste tipo imprime uma certa competência ao encaminhamento do professor, pois quando ele deve colocar aspectos negativos e principalmente os positivos, já há uma modificação na percepção que o professor possa ter da criança, pois a análise nestas condições não pode mais ser parcial.

Os dados sobre a escola são de competência da escola e em qualquer trabalho de qualidade do psicólogo deve haver a relação com o ambiente no qual ocorre o "comportamento inadequado" pois este sempre é contingencial.

Levar o professor a descrever os aspectos positivos de um determinado aluno opera num sentido contrário às suas crenças e preconceitos. De um modo geral, o professor quando se coloca na posição de quem ensina não se sente responsável pela aprendizagem, que é da responsabilidade e do talento intrínseco do aluno. Esta perspectiva de ensino-aprendizagem não é considerada como interacional onde os envolvidos no processo, ensinam e aprendem mutuamente, num ambiente de respeito à história passada de cada qual.

Ver aspectos positivos do aluno é fazer um deslocamento no seu posto de observação e uma nova conceituação começa a ser exercitada (GERALDI, 1990).

Na cultura brasileira atual os problemas de "fracasso escolar" têm uma perspectiva de "solução" com tratamento médico ou psicológico (COLLARES e MOYSÉS, 1986) que nada mais são que dois aspectos da saúde: saúde no seu aspecto biológico, que solicita a medicalização e saúde no seu aspecto mental, que vai solicitar a patologização (COLLARES e MOYSÉS, 1993).

Muitos especialistas como neurologistas e psiquiatras organizam sua atuação profissional em conjunto com outros profissionais que compõem equipes multidisciplinares, perpetuam posturas de medicalização e patologização ao administrarem reeducação em ambiente ambulatorial ou clínicas particulares.

Se a criança não for devolvida à escola e o professor não se sentir desafiado para tentar novas maneiras de atuar pedagogicamente o círculo vicioso do encaminhamento não se rompe.

A divisão entre saúde e saúde mental, favorável ao conhecimento científico moderno, cria o espaço para distorção de determinantes sócio-culturais.

1.3. A Atuação do Psicólogo

No Brasil, a presença dos psicólogos nas equipes de saúde se deu por força das disposições legais relativas à regulamentação da profissão e também ao número de profissionais colocados no mercado de trabalho a cada ano, após a regulamentação dos cursos de Psicologia em 1962.

Esta inserção e atuação têm sido referenciadas pelo Conselho Federal de Psicologia, órgão disciplinador e orientador do exercício profissional do psicólogo no território nacional.

Fazendo-se um retrospecto da história das idéias da Psicologia identifica-se duas origens diferentes. A primeira delas surgiu entre o século XIV e XVI como uma legitimação do controle das manifestações de "possuídos" e "místicos" que se opunham às determinações do clero, inicialmente sacrificados pelos tribunais da inquisição e posteriormente segregados em hospitais. A segunda raiz prende-se à história da deficiência mental.

O desdobramento dos problemas de saúde em físicos e mentais é decorrência do paralelismo corpo-mente. Para FOUCAULT (1991) não se pode usar os mesmos métodos, conceitos,

procedimentos e instrumentos para a patologia orgânica e a mental.

Há um aspecto mediador exercido pela personalidade, que é conceituada como um atributo intrínseco definidor da doença mental. Em consequência disto, a abstração das condições patológicas e seus efeitos, a polaridade normal e patológico e as relações do doente como seu meio (o doente incomoda e o meio o rechaça) definem a patologia mental.

O que ocorre ao nível dos sintomas permite observar o apagamento das funções voluntárias e complexas e a manutenção de reações simples, automáticas e estereotipadas sem nenhuma relação com o aqui e agora. Enquanto a saúde possuía um referente observável no corpo, a saúde mental possuía-o no intrínseco da personalidade. Uma visão que permite referendar ao indivíduo um caráter intrínseco à sua saúde mental.

A deficiência mental até o século XVI era explicada por razões teológicas e morais, isto é, o pecado dos antepassados ou mesmo dos pais causava como meio de expiação a deficiência mental.

Este castigo era uma face do duplo vínculo da questão cuja outra face era a piedade ou conservação da vida. As duas faces - castigo e piedade - explicam os sentimentos paradoxais ou de duplo vínculo que acompanham os familiares dos deficientes mentais em sua expiação.

Este duplo vínculo é uma herança da ideologia medieval sobre a deficiência mental.

De acordo com PESSOTI (1984) foram dois alquimistas, PARACELSO e CARDANO, que defenderam a deficiência e a doença mental (ainda sinônimos) como doença, isto é, como assunto da medicina, numa tentativa de desvinculá-la dos aspectos morais e religiosos da ideologia clerical medieval.

A publicação do CEREBRI ANATOME DE WILLIS, em 1664, inaugura a postura organicista para a deficiência mental ao localizar no cérebro o centro da enfermidade.

Porém, onde eram tratados os deficientes mentais?

A internação no século XVII não era sinônimo de tratamento médico, mas um tratamento de caráter moral e discriminatório que a sociedade impunha aos elementos que causavam alteração, produto das contradições sociais como pobreza, invalidez, orfandade, abandono, velhice, prostituição, punição ou ocultação para crimes de qualquer natureza, doença e deficiência mental.

A sociedade do século XVII internava seus loucos para calar a loucura e a do século XVIII queria excluí-la do convívio social, razão pela qual PINEL, em 1793, inicia a distinção nosológica entre doença e deficiência mental. Os loucos seriam excluídos do contato familiar, mantendo-se a

hospitalização e os deficientes mentais seriam atendidos em instituições mantidas por filantropia (FOUCAULT, 1991).

Surge agora uma questão: de que maneira aparece a preocupação pedagógica com o deficiente mental?

Em 1690, LOCKE publica o ESSAY CONCERNING HUMAN UNDERSTANDING e coloca a experiência como fundamento do conhecimento. Esta concepção de experiência é retomada por ROUSSEAU e CONDILAC que a transformam em princípio pedagógico.

No século XVIII, ITARD, então médico chefe do Instituto Imperial dos Surdos-Mudos em Paris, recebe a incumbência de ensinar VICTOR, o menino selvagem de Aveyron, por acreditar que a educação modifica as pessoas.

No interior da própria medicina há um desdobramento que revela uma preocupação pedagógica com o deficiente mental, esta preocupação é refletida na obra de ITARD, SEGUIN e MARIA MONTESSORI, considerados como os médicos educadores e, portanto, os criadores da pedagogia aplicada aos deficientes mentais.

Enquanto estes médicos marcavam com suas atividades a necessidade de se atender aos deficientes mentais, a sociedade, fazendo uso de sua memória cultural, continuava a fundar hospitais e instituições bem ao gosto do período medieval numa perspectiva moral e discriminatória, pois "a doença só tem

realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal" (FOUCAULT, 1991:71).

Na década de 50, neste século, iniciou-se na Dinamarca uma reformulação nos serviços e metodologias de ensino dos excepcionais, de tal sorte que fossem criadas condições de vida semelhantes às dos outros indivíduos da sociedade, este movimento é norteado por um princípio filosófico denominado de Normalização e serve de base para a reestruturação de serviços ligados ao Deficiente Mental em todo o mundo.

No Brasil, a Lei Federal número 5692/71 disciplina o atendimento aos excepcionais no território nacional e a deliberação CEE número 13/73 orienta e ação educacional no Estado de São Paulo, segundo os preceitos do princípio de Normalização que visa a integração social e o ajustamento pessoal dos excepcionais.

Um dos aspectos da integração social deve ser exercido pela escola, porém, quais os critérios que a escola utiliza para realizá-los?

O aluno que realmente for excepcional poderá ser atendido pela Educação Especial, desde que avaliado por profissionais credenciados. Os profissionais credenciados para avaliação de desvios mentais como superdotação e deficiência mental são os psicólogos.

O Manual de Diretrizes da Educação Especial (1987) que disciplina a atuação dos profissionais devidamente credenciados diz que:

1. os alunos de classe comum com suspeita de excepcionalidade, isto é, crianças que apresentam problemas por não conseguirem aprender, devem ser encaminhadas ao psicólogo após uma "avaliação educacional de responsabilidade do(s) professor(es) e diretor da unidade escolar" (p. 25).
2. estão previstas reavaliações periódicas que possam "indicar uma nova orientação para cada caso, inclusive retorno à classe comum" (p. 25).

Dentro das condições em que as classes especiais foram criadas, qual é o uso que se faz hoje delas? Quem as frequenta? Quem avalia as crianças e faz os encaminhamentos? Como se retorna delas?

O que acontece na realidade é que a maior parte das classes especiais não tem as crianças devidamente avaliadas e que quando uma criança frequenta uma classe especial adquire um estigma de que dificilmente se desfará (SCHNEIDER, 1974).

CORRÊA (1992) comenta as consequências do estigma a partir do qual os indivíduos pertencentes a determinados grupos criam barreiras para outros indivíduos que eles consideram como incapazes.

Portanto, ao dificultar a integração dos alunos "especiais" em escolas comuns, não se está reduzindo suas chances de vida, mas, pelo menos, reduzindo suas chances de tornar-se um igual e com isso dar a esse aluno as oportunidades que antes lhe foram negadas (CORRÊA, 1992:69).

Esta mesma autora faz referência à necessidade das avaliações psicológicas contextualizadas, e avaliações pedagógicas para estes alunos tanto no nível de encaminhamento e do atendimento especializado, como na reintegração nas classes regulares.

Não somos ingênuos de pensar que não existem alunos que realmente necessitam de um atendimento educacional especializado. Não ignoramos isso. Em todas as classes especiais há alunos cujo problema é de ordem intelectual mas, também há alunos cujo problema é puramente pedagógico. Na maioria das vezes, o ensino dessas classes é de baixa qualidade e isso se torna prejudicial tanto aos alunos que ali

estão por problemas pedagógicos, como também aos alunos deficientes (CORRÊA, 1992:73).

O que não poderia ocorrer é esta mistura de alunos na classe especial . Há crianças que necessitam, por diferentes razões, de atendimento voltados às suas necessidades e é da competência do professor garantir o atendimento adequado a cada criança, pois na classe especial o que se deve resolver é realmente o problema pedagógico do aluno e na realidade faz-se a segregação, que, diga-se de passagem, não é de caráter pedagógico.

O objetivo maior das classes e escolas especiais deve ser o de preparar os alunos para sua readaptação futura em outra escola ou classe, a do ensino-regular (CORRÊA, 1992:73).

O sistema educacional e escolar como um todo necessita se reformular pois até o momento as avaliações tanto dos professores como dos psicólogos (cujo papel e nestes casos, é a avaliação do desenvolvimento global do aluno) são tomadas como forma de legitimar a exclusão. Buscar a causa dos problemas de aprendizagem das crianças nas próprias crianças tem uma história e uma legislação que "justificam" que a

medicalização seja a explicação para o fracasso escolar; uma tendência nítida em deslocar para o nível individual a determinação de questões sociais, como tem mostrado COLLARES e MOYSÉS (1993).

Embora a causa possa ser identificada como uma série de questões sociais, culturais, pedagógicas, é a criança que apresenta o problema, pois ela se manifesta de forma particular. Este seria o jogo do sistema com os aspectos genéricos e particulares citados por HELLER (1989).

Ao professor é possível utilizar, amparado pela legislação educacional, de mecanismos discriminatórios em sala de aula, pois "não sabendo como tratar as escritas que se desviam da norma esperada, ignora-as ou reprime-as" (FERREIRO e PALÁCIO, 1987:102) ou então detém-se na qualidade do grafismo ou então em aspectos irrelevantes da decifração oral para atribuição de "erros" que na realidade nada dizem a respeito do que seja aprender, ou do ser que "aprende".

O que o MANUAL DE DIRETRIZES DA EDUCAÇÃO ESPECIAL (1987) espera dos alunos?

Este manual tem como meta tanto o desenvolvimento social como a escolaridade. Do ponto de vista social são colocados os limites para os deveres e respeito às autoridades escolares, ao material da escola bem como à propriedade alheia ou coletiva.

A escolaridade é precedida de uma fase que propõe o desenvolvimento de habilidades psiconeurológicas (orientação têmporo-espacial, esquema corporal, lateralidade, desenvolvimento perceptivo-motor) seguida de sondagens de habilidades de preparação e iniciação ao trabalho. Por que a preocupação com o desenvolvimento das "destrezas" é única no lugar de outros aspectos relevantes e significativos que caracterizam o processo de aquisição da leitura e escrita?

O dia-a-dia das escolas tem revelado a falta constante dos professores, muitas vezes devido à chuva que não permite o acesso às escolas, a falta de material para desenvolver as atividades, a falta de segurança nas escolas, a falta de merenda para as crianças que permanecem muitas horas na escola, o cansaço, a desmotivação e a baixa remuneração dos professores, que muitas vezes são substituídos por alunos que ainda estão completando sua licenciatura, as más condições de higiene e salubridade nas salas de aula, nos pátios e nos banheiros das escolas.

É possível aprender nestas condições?

O professor é agente de um sistema social preconceituoso e discriminador de crianças "pobres", com "desajustes familiares", "desnutridas" ou "portadoras de problemas neurológicos", no entanto, poderia recuperar o que sempre lhe pertenceu, o ato pedagógico (que ele mesmo esvaziou

seguindo cegamente as representações de seu tempo) se olhar para o sistema social e o papel da escola neste sistema de uma forma crítica e modificadora.

Formar médicos e psicólogos capazes de serem críticos e desencadeadores de mudanças sociais cuja atuação vá além do jogo mimetizador das relações sociais, seja onde for que eles constituam seu espaço de atuação profissional, deveria ser um dos objetivos dos cursos de formação profissional.

A banalização dos conceitos e seus equívocos pelo professor, através do senso comum, caiu (para o professor) como uma "solução" para os problemas do cotidiano escolar.

As famílias, por sua vez, pressionam o sistema escolar o que vai fortalecer a penalização da criança, portanto, aumenta a busca pelos serviços de saúde.

Não estar alerta para as questões da chamada "dificuldade de aprendizagem" se relaciona à particularidade da conduta do professor inserido num sistema que genericamente objetiva a reprovação e evasão escolar.

Todo este sistema social moderno, do qual a escola faz parte com tarefas bem definidas de assegurar a obtenção dos espaços sociais para os "legítimos" herdeiros da burguesia (como se fosse uma herança consanguínea, bem ao estilo da nobreza) tem como objetivo social barrar todas as pretensões de ascensão das classes populares.

Avaliar, classificar, rotular e retirar da escola para ser tratada torna-se uma estratégia eficiente de fechar as portas da escola para estas crianças com "dificuldade de aprendizagem". Alertar os professores sobre problemas neurológicos, psiquiátricos e psicológicos dos alunos apela para a parceria deles no conjunto das estratégias sociais de discriminação e constitui a atuação profissional de muitos médicos e psicólogos.

Quando o professor vai encaminhar crianças para o psicólogo necessita fazer um encaminhamento que explicita as dificuldades pedagógicas da criança, o que ele faz na realidade é um relatório psicologizado dos comportamentos inadequados em sala de aula.

O que faz um professor com as crianças que têm a chamada "dificuldade para aprender"?

Como mecanismo de defesa aparece a negação da evidência acima através da segregação desta em sala de aula com tarefas diferenciadas como desenhos, cópias de letras ou palavras, não chama a criança para a lousa, nem interage mais com ela, ignora-a e produz sua condição de marginal. É evidente que estas condições é que agravam algo que poderia ser evitado.

Depois deste período em que a criança está "solta", a própria criança começa a tentar maneiras idiossincráticas de interação com os colegas e a professora, e, para a professora,

isto significa que além de não aprender, ainda apresenta distúrbios de comportamento, como desatenção, conversas com colegas, pedidos constantes para ir ao banheiro, para apontar o lápis várias vezes, ou então usa em demasia a borracha, brinca com o material, danifica-o, perde-o e com todas estas atividades não tem tempo de completar as tarefas.

Para explicar à mãe o "problema" de seu filho a professora faz uso de um critério de comparação com outras crianças da classe e, assim, se desfaz de qualquer tipo de responsabilidade ao indicar a necessidade de uma avaliação médica ou psicológica. Ela não faz o diagnóstico (apenas "pré-diagnostica"), mas persuade a mãe que "seu" filho tem "dificuldade de aprendizagem". Invocar o pátrio poder é uma das estratégias de direito prevista pelo sistema social.

Isto é interpretado como legítimo pelo sistema educacional, pois está previsto em lei e decretos educacionais, e para o professor há o alívio da angústia, um dos aspectos psicológicos desta interação com o aluno. Em consequência o professor acaba fazendo encaminhamentos muitas vezes indiscriminados e enviesados. E, por sua vez, as instituições de saúde recebem-nas.

A classe especial não desvirtuada é uma maneira de se dar atenção seletiva a crianças que realmente têm problemas e

não se beneficiam em classes maiores com alunos com características muito diferenciadas das crianças excepcionais.

O que não é correto é o uso que o sistema educacional faz da classe especial, um mal necessário, cujo espaço faz a cisão entre o estigma e a norma.

Os professores e o sistema educacional ao qual respondem, mantêm a velha atitude de não rever seus métodos e critérios de avaliação e forçam um deslocamento para aspectos da criança como maturidade, baixa estimulação parental, antecedentes mórbidos da criança, "problemas neurológicos" e outros que poderão ser confirmados pelo diagnóstico do especialista (médicos, - psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, etc).

Isto implica que o senso comum é quem acaba por assumir a decisão de quem tem ou não problemas, em consequência da contradição e omissão do próprio sistema é o espaço da classe especial é o da segregação que por sua vez não é o espaço do ato pedagógico.

Há um outro problema, em parte decorrente da própria sistematização e legalização dos procedimentos diagnósticos para a deficiência mental e que posteriormente passam a ser utilizados para legitimar os "encaminhamentos" dos professores. O professor é o primeiro elo na corrente de discriminação e de

uma forma acrítica elege um grande número de crianças como candidatos a frequentar classes especiais.

Estes "encaminhamentos" começam a aumentar em frequência e uma quantidade grande crianças começa a frequentar os sistemas de saúde.

O advento dos programas de educação compensatória iniciados na década de 60, justificados pelas teorias do Déficit, amplamente incrementados na década de 70, tem fortalecido nos professores a crença de que os alunos tem "problemas para aprender" (PATTO, 1984; SOARES, 1987). Os médicos e psicólogos que prescrevem o treinamento de habilidades psicomotoras como condição de desenvolvimento de outras habilidades utilizam de uma hipótese analógica que escamoteia a necessidade do uso de determinadas funções, como por exemplo da leitura e escrita, mantendo o senso comum de que o problema é individual. Os médicos e psicólogos com postura profissional acrítica não fazem análises contingenciais que permitiriam esclarecer os reais objetivos do sistema social hodierno.

LEAL (1991) refere-se ao distúrbio específico de aprendizagem como um novo rótulo para designar crianças com "dificuldade" para aprender. A característica deste rótulo é que, realmente, não se refere à doença, pois ela não existe, mas aponta "dificuldades nas crianças".

Por outro lado, a literatura especializada, que aborda as interações das crianças com o objeto linguístico numa perspectiva de desenvolvimento do sujeito que constrói seu conhecimento (FERREIRO e PALÁCIO, 1987), num meio sócio-cultural determinado historicamente pelos adultos, (VYGOTSKY, 1984 e 1987) é desconhecida por médicos, psicólogos e professores de um modo geral, favorecendo a visão de que as crianças têm "dificuldades para aprender", em detrimento de uma visão sócio-histórica de desenvolvimento.

Quando o sistema educacional olhar para suas próprias contradições e propiciar uma nova maneira de atuação para os professores poderá, talvez, diminuir a alta frequência de "encaminhamentos" de crianças com "dificuldade de aprendizagem", e abandonar a concepção de doença como categoria explicativa para o que não é uma doença.

Retornando à história do Serviço da Psicologia da Pediatria, gostaria de colocar que por estes anos todos sempre recebi crianças para avaliação de dificuldades escolares. Algumas, após avaliação, nos moldes propostos pelo Conselho Federal de Psicologia, se caracterizavam como crianças com deficiência mental e foram encaminhadas para classes especiais. Outro grande número delas foram devolvidas às suas classes regulares e os professores foram orientados em relação a como

interagir com as crianças em sala de aula, levando em conta seus supostos "problemas" de acompanhamento escolar.

Seus problemas eram supostos, uma vez expostas a diversas atividades (efetivas) de leitura e escrita, conseguiam sair-se bem em tarefas escolares.

A questão técnica que se coloca é saber como avaliar essas "dificuldades". Senão, a confusão conceitual se instala. O sistema escolar não prepara seus profissionais, em especial os professores, para tratarem do problema e estes remetem a questão a uma gama de outros profissionais: pediatras, neuropediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos e outros mais que o "crescente mercado de crianças com dificuldade de aprendizagem" acabará por produzir.

Nestes encaminhamentos as propostas de solução passam por questões ligadas às classes sociais das crianças.

De vinte anos para cá, as crianças pobres foram pouco a pouco substituindo a "merenda milagreira" pelos ambulatórios médicos, em busca de "reeducação psicopedagógica" e as crianças de classe média passaram a contar com equipes e procedimentos de reeducação cada vez mais sofisticados.

A "nova morbididade" (COLLARES e MOYSÉS, 1986) escamoteia as questões sociais mais amplas e enviesa a própria formação do professor e de outros profissionais envolvidos numa cadeia que se isenta de análise das questões sociais.

NOTAS DO CAPÍTULO I

1) MATURIDADE

Psicol. estado em que há madureza. Época desse desenvolvimento. Idade madura. Fig. perfeição, excelência, primor. (Novo Dicionário Aurélio - 1a. Ed. 15a. impressão).

O conceito de maturidade aqui é utilizado no sentido de que a pessoa já viveu no ambiente social portanto, já apresenta determinadas condutas que correspondem com a época desse desenvolvimento, este é o conceito de maturidade social.

Uma criança que anda, conhece seus objetos pessoais e sua vestimenta pode ser levada a se vestir, ela tem maturidade social para isto, é a época de se desenvolver esta habilidade de auto-cuidado. Com isto ela passa a ter autonomia em relação aos adultos que cuidam dela.

CAPÍTULO II

DISLEXIA - PESQUISANDO UMA DOENÇA

2.1. Dislexia - Uma Doença?

Em todas essas condições, existe uma alteração anatômica que pode ser comprovada e, em decorrência, ocorre essa perda de uma capacidade/habilidade anterior, freqüentemente acompanhada de outras alterações neurológicas. Essa condição, obviamente mais comum em adultos, é conhecida por dislexia e não é, em absoluto, questionada.

...A polêmica ocorre em torno de uma entidade cujo nome completo é dislexia específica de evolução e que decorre do emprego do "raciocínio clínico tradicional" frente a problemas sociais (MOYSÉS E

COLLARES - A História Não Contada dos Distúrbios de Aprendizagem).

Neste capítulo, apresentarei uma reflexão sobre a dislexia adquirida e também sobre a chamada dislexia específica de evolução numa tentativa de elucidar um equívoco que se infiltrou no sistema de ensino e que tem sustentado algumas concepções e atuações de médicos, psicólogos, professores alfabetizadores, pedagogos, entre outros. Ao abordarem crianças com "dificuldade de aprendizagem".

A noção de dislexia, historicamente, é associada à noção de doença, entendida como um distúrbio biológico, uma patologia e, em consequência, ela se constitui tema da medicina.

A definição atual da "doença" dislexia proposta pela WORLD FEDERATION OF NEUROLOGY é a seguinte:

É uma desordem manifestada pela dificuldade na aprendizagem da leitura, apesar de instrução convencional, de inteligência adequada e oportunidades sócio-culturais. É dependente de uma capacidade cognitiva fundamental que é frequentemente de origem constitucional.

No processo de aquisição de leitura e escrita, é evidente que há episódios de instabilidade - típicos de quem está aprendendo. Porém, é inaceitável transformá-los em um conjunto de sintomas para descrever uma doença, cujos critérios, são definidos a partir de uma psicomетria que avalia apenas uma parte do conhecimento envolvido neste aprendizado.

A dislexia adquirida enquanto um problema que afeta a aquisição da leitura e escrita entre outras coisas, por sua história, está associada à noção de doença, entendida esta como um problema biológico, uma patologia neurológica e, em consequência, ela se originou no interior da disciplina médica.

- Os portadores da dislexia adquirida são indivíduos cérebro-lesados; portanto, o que a define é uma questão orgânica.

Por sua vez, a chamada dislexia específica de evolução se caracterizou como doença através da transposição de um tipo de raciocínio linear ou clínico tradicional para a "normalidade", ou seja, para uma outra ordem de fatos (MOYSÉS E COLLARES, 1992).

Esta transposição se refletiu e se instalou em várias instâncias do sistema escolar na rede oficial e particular.

A análise de dois casos que farei no Capítulo V, mostra um pouco da desastrosa banalização do conceito de dislexia adquirida através do artifício da chamada dislexia

específica de evolução. Um ardiloso equívoco, em busca do estatuto de ciência, que sustenta os encaminhamentos dos professores para os serviços médicos e destes serviços em receber estas crianças.

Como se originou e de que forma se apresentam estes conceitos nos dias atuais?

2.2. Dislexia associada a uma desordem adquirida

Na história da ciência da medicina houve um deslocamento no século XVII, produzido pelos trabalhos de DESCARTES (1650) e WILLIS (1664), que construíram as contingências das descobertas a respeito das alterações de linguagem do século XIX. Neste mesmo contexto deu-se o equívoco de HINSHELWOOD (1895), a respeito da existência da CONGENITAL WORD-BLINDNESS, primeiro nome atribuído à chamada dislexia específica de evolução.

O equívoco de HINSHELWOOD é considerado por MOYSÉS e COLLARES (1992) com um recurso à biologização que se opõe ao processo de socialização do conhecimento.

Na literatura sobre afasia, de caráter localizacionista, do final do século XIX, alexia adquirida é uma dificuldade de leitura associada a um quadro de afasia. Exatamente neste final de século a primeira passou a chamar dislexia, e, posteriormente, esta última foi definida como uma entidade nosológica diferenciada da afasia.

Onde e como se originou este percurso?

Desde o seu início, a dislexia foi entendida como uma desordem adquirida de linguagem, em consequência de lesão cerebral, do tipo que causa afasia, razão pela qual pertence à nomenclatura médica. As literaturas médicas inglesa, alemã e francesa contribuíram para a pesquisa e definição do problema.

Para situar o contexto de trabalhos que motivou o equívoco de HINSHELWOOD em 1895, citarei alguns autores que descreveram casos de pacientes cérebro-lesados com alterações na leitura.

Em 1872, BROADBENT descreve pacientes com inabilidade para ler e que apresentavam também afasia e alterações na memória (apud RICHARDSON, 1992).

MORGAN (1896), médico inglês, descreveu uma forma muito grave de CONGENITAL WORD BLINDNESS em crianças, ligada à disrupção no giro angular esquerdo (área temporo parietal da córtex cerebral). Esta foi a primeira referência sobre uma criança cérebro-lesada.

DEJERINE em 1892 (apud HERRNSTEIN e BORING, 1971) descreveu um paciente que não conseguia ler, porém, não tinha dificuldades para escrever, e, que após ter sido autopsiado, verificou-se uma desconexão entre o córtex visual direito e o giro angular esquerdo.

A cada novo autor, a relação dos fenômenos de inabilidade para ler, se liga a diferentes condições: ou é adquirida como propuseram BRADBENT (1972), DEJERINE (1892), ou é congênita de acordo com MORGAN (1896). O que há em comum entre estes autores é que todos descrevem alterações neurológicas como determinantes da condição de dislexia adquirida.

Alexia (inabilidade para ler) como agrafia (inabilidade para escrever) tem sido descrita em pacientes com lesões em torno do giro angular, e alexia sem agrafia tem sido descrita em pacientes com lesão em torno da área occipital média esquerda.

HYND e COHEN (apud J.A.M.A. - COUNCIL REPORT, 1989) criticam o fato de que os chamados disléxicos específicos de evolução possam ter um "desempenho similar" ao dos pacientes com lesões em áreas específicas. Mas, de um modo geral, não são demonstradas estas lesões; portanto para preencher esta ausência são introduzidos conceitos como disfunção.

2.3. Dislexia e Oftalmologia

No século XIX, a experimentação neurofisiológica concentrou-se sobre os órgãos dos sentidos e em especial sobre a visão e a percepção visual. Conceber a dislexia como uma doença relacionada à visão desponta como uma marca do contexto da época, dada a relação da percepção visual com a leitura.

Em 1887, BERLIN, um oftalmologista alemão, descreve um grupo de pacientes com dificuldades na leitura devido a lesões cerebrais e faz referência à dislexia, como uma condição adquirida e pertencente à família das afasias (apud RICHARDSON, 1992). Esta é a primeira referência à palavra dislexia.

O trabalho de BERLIN (1887) ao introduzir o termo dislexia adquirida levou alguns oftalmologistas a encararem a dislexia como um problema oftalmológico e, até hoje, eles ainda discutem e pesquisam as causas e métodos de recuperação para a dislexia adquirida. Embora haja controvérsias entre eles, os seguintes problemas oculares são relacionados aos sintomas de dislexia adquirida: problemas de convergência, estrabismo, erros de refração, movimentos sacádicos do olho, fusão alterada, supressão visual, dominância cerebral e do olho e

dominância cruzada (os dois últimos relacionados com a dominância hemisférica cerebral)).

Dentre os oftalmologistas, o mais expressivo é STEIN (1988). Ele considera déficits viso-motores como causadores de dificuldades em leitura e escrita. Um controle binocular inadequado e um sentido visual de direção alterado levam a falhas na aprendizagem de leitura.

Como sugestão para correção, ele propõe a técnica de oclusão monocular ou exercícios de vergência.

A busca de explicação de ordem orgânica para os chamados distúrbios de aprendizagem teve origem, não por acaso, com o trabalho de um oftalmologista escocês (HINSHELWOOD, 1895), que descreveu a CONGENITAL WORD-BLINDNESS em escolares com dificuldades na leitura e propôs ajuda pedagógica, através do ALPHABETIC METHOD que, de acordo com este autor, estimularia muitos centros cerebrais. Ele não descreveu a lesão cerebral e tornou-se o responsável pelo início da confusão conceitual que caracteriza esse campo de estudo, pois fez uso da descrição dos sintomas em adultos cérebro-lesados para inferir o "problema", em crianças em idade escolar. Como se não bastasse, propõe um método pedagógico para correção do "problema", mesmo na ausência de lesão. Com seu trabalho, ele isola uma condição patológica de uma faculdade específica cujo fato iniciou um veio profícuo de descrições clínicas em que a indicação de

doença no indivíduo era tomada como a variável independente que controlava o aparecimento de "problemas de leitura e escrita" em crianças que apresentavam problemas escolares.

2.4. Dislexia e Neurologia

A literatura médica do final do século passado descreveu sujeitos cérebro-lesados com alterações na visão e problemas de leitura e escrita; e em 1925, um neurologista americano - SAMUEL T. ORTON - publicou um artigo nos ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY - "WORD BLINDNESS IN SCHOOL CHILDREN" em que faz referência ao trabalho de HINSHELWOOD (1985), que ele reconhece como provedor dos argumentos teóricos de seu trabalho. ORTON reafirma que dificuldades de leitura não estão associadas a uma lesão cerebral, nem a um defeito cerebral genético, mas continua considerando esta nova condição como uma patologia, desta vez ligada à dominância hemisférica cerebral.

Ele descreve cinco síndromes ou desordens na aquisição da linguagem: 1) alexia de desenvolvimento (WORD BLINDNESS); 2) surdez de desenvolvimento para palavras

(AUDITORY APHASIA); 3) dificuldade especial na escrita (DISGRAPHIA); 4) atraso motor de fala e 5) gagueira.

ORTON descreve as conexões sensório-motoras do sistema linguístico. Ouvir, falar, ler e escrever são todas funções interrelacionadas, na sua concepção. Ao analisar o córtex visual, descreve três tipos distintos de córtex visual, que correspondem a três níveis funcionais distintos.

O primeiro deles, denominado de perceptivo visual, corresponde à área estriada ou córtex calcarino (área 17 de BRODMANN); quando há destruição bilateral deste centro há cegueira completa. O segundo, denominado de reconhecimento visual, corresponde à área 18 de BRODMANN e sua destruição leva à perda do significado dos estímulos. O terceiro e último deles, denominado de associativo visual, recebe fibras associativas de outras modalidades sensoriais (táteis, auditivas, cinestésicas) e é constituído pelas áreas 19 (pré-occipital), 37 (occipito-temporal), 39 (angular) e parte da 7 (parietal superior); quando há lesão nessa região ocorre a WORD-BLINDNESS, isto é, o sujeito não perde a percepção (nível 1), nem o reconhecimento do significado dos objetos (nível 2), mas perde o significado abstrato e associativo das palavras escritas.

Uma lesão unilateral nas áreas corticais correspondentes ao nível 3, no hemisfério dominante, traz

alterações no processo de integração multimodal, cuja função é exercida pelo córtex associativo visual¹.

Em sua pesquisa, ORTON (1925) estudou quarenta e oito escolares com problemas de escrita em espelho, e confusão sobre a orientação das letras b-d, p-q, m-w, etc., e verificou que, quatorze delas conseguiam escrever com as duas mãos, em espelho ou de ponta cabeça.

Ele descreve o caso de M.P., um jovem de dezesseis anos que "reconhece objetos e nomeia-os rápida e corretamente e ainda aponta-os quando alguém os nomeia". Porém, quando lida com símbolos visuais "esta dificuldade associativa aparece" (ORTON, 1925).

Para explicar tal dificuldade, ORTON afirma que quem não tem dominância para a mão direita ou esquerda apresenta problemas com reversão de letras e sugere o termo *strephe symbolia*². Concluiu que, em crianças que não têm dominância cerebral, os engramas³ de um lado copiam em espelho os do outro lado. A partir de então, a CONGENITAL WORD-BLINDNESS (HINSHELWOOD, 1895) é batizada com um novo nome e reafirmada a sua condição de "doença".

Para explicar a "especularidade" (p-q; b-d; w-m), ORTON lança mão do conceito de dominância hemisférica, somado à observação de que as crianças que faziam tais trocas escreviam tanto com a mão direita como com a esquerda. Desta forma, as

dificuldades de leitura e escrita são "reafirmadas através de uma base neurológica".

Autores como HARDICK e PETRINOVITCH (1977) chamam a atenção para o fato de que muitas são as tentativas de relacionar sinistrismo com deficiência mental, distúrbios da fala, defeitos de nascimento, estabilidade emocional, incoordenação motora, alcoolismo, epilepsia, autismo, esquizofrenia, demência senil, a chamada dislexia específica de evolução e doença auto-imune. Como é possível um "sintoma" se ligar a tantas doenças diferentes?

O mito em torno do sinistrismo foi evidenciado pelo trabalho de SATZ e FLETCHER (1987), numa revisão de artigos sobre dislexia e sinistrismo. Eles afirmam que desde épocas bíblicas os canhotos não eram vistos com bons olhos; porém, há dois tipos deles: uma linhagem genética para o sinistrismo e o sinistrismo patológico (funcional), isto é, indivíduos que teriam preferência para a mão direita, mas uma lesão neurológica leva-os a usarem a mão esquerda.

Estes autores relatam um estudo epidemiológico que se iniciou em 1970 com 497 meninos que foram acompanhados do jardim da infância até o segundo grau em ALACHUA COUNTRY FLORIDA. As crianças pertenciam a 20 escolas (14 urbanas e seis rurais). O estudo comparou dominância manual com nível de leitura, funções cognitivas, história de nascimento e

aquisições parentais e chegou à conclusão de que "não houve diferenças significativas em nenhuma destas condições a despeito de uma tendência favorável para melhores resultados em leitura para os canhotos" (SATZ e FLETCHER, 1987, P. 294).

No entanto, os mesmos autores identificaram um preconceito na prática clínica, de que o sinistrismo é sinal de uma possível "disfunção" entre crianças com "dificuldade de aprendizagem". Para eles, três são as causas desse equívoco: 1) um mito; 2) um pequeno grupo cujo sinistrismo se relaciona com uma lesão cerebral, pois seu genótipo é destro ou 3) canhotos, que por coincidência, possam também ter dificuldades para aprender.

A criação da dislexia específica de evolução produziu preconceitos e banalizações em relação aos sujeitos que poderiam apresentar dificuldades de escrever e ler, e nem por isso têm uma doença.

Veja-se que os professores das crianças que ORTON (1925) analisou consideravam-nas ligeiramente débeis, querendo dizer com isto que elas fugiam dos padrões de aprendizagem de outras crianças da classe, tinham indícios de "lesões" e, portanto, eram destinadas ao tratamento médico.

Várias questões podem ser levantadas a partir das considerações destes professores; de onde provinham estas crianças? Estavam acostumadas a lidar com material escrito? As

professoras conheciam, do ponto de vista da lingüística, como se processa a aquisição da escrita? Qual a influência da oralidade (dominada pelas crianças) na aquisição da leitura e escrita? Qual a influência dos métodos e técnicas pedagógicas? O material selecionado pelos professores era relevante para ensinar a ler e escrever?

Na concepção neurológica e enviesada de ORTON, o "problema" está no desempenho das crianças e não no sistema de ensino comprometido com políticas de alfabetização universal segundo o modelo científico do behaviorismo, propostos e **advogados por WILLIAM GRAY (GOODMAN, 1987).**

Numa perspectiva medicalizante, uma tendência da sociedade moderna científica racional, torna-se "natural" associar comportamentos observados em escolares com "dificuldade" com a leitura a lesões ou a sintomas. E, submetê-los a avaliações neurológicas, de inteligência e de desempenho sofisticada os instrumentos de patologização que, cada vez mais, afastam os sujeitos do que é específico da aquisição da leitura e escrita.

Fortalecidas pelo raciocínio clínico tradicional, as variações individuais no processo de aquisição da leitura e da escrita passam, pois, a ser consideradas como alterações cerebrais disfuncionais (sem lesão) e se convertem em um

argumento científico para a detecção de "dificuldade de aprendizagem" através do raciocínio clínico tradicional.

Na década de 60, começam manifestações de grupos minoritários e uma grande quantidade de pesquisas foi subvencionada nos Estados Unidos como tentativa de canalizar atritos sociais. A ciência é acionada para providenciar soluções para a manutenção do sistema. A escola foi escolhida como o caminho de inserção no sistema social.

Com este procedimento, ficou evidente a diferença entre as propostas da escola e o desempenho dos alunos; e, neste momento, a psicologia é solicitada a colaborar com avaliações e diagnóstico dos indivíduos desviantes, incrementando o veio da patologização. Nesta mesma época, GESCHWIND e LEVITSKY (1968) descrevem o *planum temporale*, uma região no cérebro transversa ao giro de HESCHL (córtex de associação auditiva) maior no hemisfério esquerdo que no direito. Em 1969 estes mesmos autores observaram em recém-nascidos e em fetos com 29 semanas a assimetria cerebral do *planum temporale*. Esta descoberta transforma-se num dos grandes argumentos em favor da conhecida hipótese da assimetria cerebral.

Nesta época, as idéias e pesquisas sobre especialização hemisférica inundaram a literatura médica. Foi nesse contexto que KIMURA (1967), através da técnica

neurométrica da escuta dicótica, observou a especialização hemisférica esquerda para sons verbais, em crianças entre quatro e cinco anos.

Como a dislexia adquirida sempre teve um clone em busca de identidade científica - a chamada dislexia específica de evolução - o que ocorre é que os pesquisadores desta suposta doença abandonam a hipótese anterior, dominância hemisférica e desempenho de leitura e escrita, em busca de outras explicações para o problema, ou seja, explicações ligadas a processamento fonológico e dificuldades de leitura, como veremos no item dislexia e linguística.

2.5. Dislexia e Genética

Na medicina, além da neurologia, a oftalmologia e a genética colaboraram com pesquisas para tentar explicar a chamada dislexia específica de evolução. Os pesquisadores da área médica prosseguiram procurando defeitos nas crianças. Foi nesse contexto que a genética levantou dois fatos em relação à chamada dislexia específica de evolução: 1) A ocorrência em vários membros de uma família e 2) entre gêmeos.

Estes trabalhos apresentavam para os indivíduos pesquisados tarefas de leituras de palavras isoladas e soletração, o que implica uma concepção de leitura como destreza.

Quanto ao modo de transmissão genética, os estudos variam de dominância autossômica como o de SMITH, KIMBERLING, PENNINGTON & LUBS (1983), no qual o heteromorfismo do cromossomo 15 foi verificado ou então a região HLA do cromossomo 6 (GESCHWIND & BEHAN, 1982; PENNINGTON, SMITH, KIMBERLING, GREEN & HAITH, 1987) ou de recessividade autossômica, ou ainda, de co-dominância (PENNINGTON, 1990).

Como é possível tantos cromossomos serem responsáveis pela chamada dislexia específica de evolução?

PENNINGTON (1990) relata que as etiologias heterogêneas que levam à "dislexia" não afetam diretamente a leitura, mas as habilidades de linguagem essenciais para o desenvolvimento da leitura (codificação fonológica) que, por sua vez, é um déficit (do conhecimento sobre o fonema). Desta forma, todas as relações possíveis entre características pessoais e doenças adquirem, de maneira natural, uma legitimidade no sistema social.

Controvérsias sobre a base biológica e genética da chamada dislexia específica de evolução têm se concretizado na literatura através do trabalho de um grupo que pesquisa sobre

problemas de leitura da YALE UNIVERSITY, liderado por SHAYWITZ, que concluiu que a chamada dislexia específica de evolução seria a cauda inferior da curva normal de distribuição da habilidade em leitura da população normal e que avaliações posteriores dos mesmos indivíduos, que obtiveram este resultado, indicaram uma mobilidade para posições mais elevadas do que no primeiro teste (SHAYWITZ, ESCOBAR, SHAYWITZ, FLETCHER e MAKUCH, 1992). Isto põe sob suspeição o caráter de "doença" da chamada dislexia específica de evolução.

Como explicar, então, os índices de reprovação e evasão escolar? Como se explica os encaminhamentos que os professores fazem para os médicos quando se deparam com crianças que "não aprendem"?

Espero ter mostrado que a patologização das dificuldades escolares na chamada dislexia específica de evolução através das proposições médicas da neurologia, oftalmologia e genética não respondem a estas questões.

2.6. Dislexia e Psicologia

Esta linha de pesquisa que procurou diagnosticar e propor técnicas de orientação para crianças com problemas de

leitura e escrita foi iniciada pelos trabalhos de WERNER e STRAUSS (1941) e STRAUSS e LEHTINEN (1942).

Nos Estados Unidos, antes de 1940, as crianças que tinham dificuldades para aprender eram consideradas como tendo problemas emocionais, retardamento mental ou desvantagem social ou cultural (SILVER, 1990).

A medicalização das dificuldades de leitura e escrita foi tal que os trabalhos de STRAUSS e colaboradores tinham como objetivo fornecer uma base orgânica para crianças com aparência normal, porém, que não conseguiam aprender; por isso, eles utilizaram a denominação de Lesão Cerebral Mínima por considerarem pequeno o dano neurológico.

O interessante nestas crianças pesquisadas é que só não aprendiam no ambiente escolar, pois em outras áreas de aprendizagem não apresentavam problemas.

As pesquisas posteriores, entretanto, não revelaram evidência de dano cerebral, e como persistiam dificuldades escolares, foi aventada, então, a possibilidade de se tratar de um problema relacionado com o funcionamento cerebral, o que motivou a mudança de nome de Lesão para Disfunção. No entanto, permanece o mesmo raciocínio clínico tradicional.

Na realidade, os trabalhos publicados entre 1941 e 1963 se caracterizaram por descrições de comportamento, que suscitaram do NEUROLOGICAL AND SENSORY DISEASES SERVICE PROGRAM

OF THE DIVISION OF CHRONIC DISEASES OF THE U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE a criação de um comitê para definição da terminologia e identificação da Disfunção Cerebral Mínima que resultou num documento publicado em 1966 por CLEMENS, onde se define disfunção cerebral mínima:

crianças com inteligência normal ou ligeiramente acima ou abaixo do normal com certas inabilidades de comportamento e de aprendizagem, que podem ser leves ou severas, e que são associadas com desvios da função do sistema nervoso central. Estes desvios podem manifestar-se como atraso na percepção, conceitualização, linguagem, memória e controle da atenção, do impulso ou da função motora (CLEMENS, 1966:9; apud SILVER, 1990:394, grifos meus).

A disfunção cerebral mínima foi tomada como um argumento explicativo de ordem médica inquestionável o que levou os pesquisadores a selecionar, acriticamente, as classes de comportamentos como temas de pesquisa, o que motivou uma grande quantidade de trabalhos, em que a fragmentação é a tônica.

Os comportamentos "desviantes" mais citados foram agrupados em três classes. A primeira delas denominada de

distúrbios de aprendizagem se referia a: atraso perceptivo-motor, déficits de coordenação geral; desordens de memória e do pensamento; dificuldades específicas de aprendizagem como leitura, aritmética, escrita e soletração e desordens da fala e audição. A segunda está ligada a problemas com hiperatividade, desordens de atenção, períodos curtos de atenção, distração, perseveração e impulsividade. E a terceira se refere a problemas emocionais e sociais.

As dificuldades com a leitura passaram a ser denominadas de **dislexia**, como uma categoria geral; com a escrita de **disgrafia** e com aritmética de **discalculia** (SILVER, 1990). Posteriormente a esta denominação, os esforços se concentraram em clarificar as dificuldades específicas de aprendizagem que causavam problemas com a leitura, escrita e aritmética. Desta forma, a dislexia foi equivocadamente considerada como sinônimo de Disfunção Cerebral Mínima (MOYSÉS, COLLARES, 1992), casamento perfeito para quem acredita que a causa do insucesso escolar está no indivíduo (doença), portanto na condução, socialmente marcada, do processo de ensino-aprendizagem.

Como consequência desastrosa, o termo incapacidade para aprender (learning disability) se tornou mais popular e foi escolhido como aceitável para o texto da lei federal 94-

142, que regula os fundos de educação pública nos Estados Unidos.

As dificuldades específicas de aprendizagem se referem a desordens em um ou mais dos processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão e no uso da linguagem, falada ou escrita que pode manifestar-se numa imperfeita habilidade para ouvir, pensar, falar, ler, escrever, soletrar ou fazer cálculos matemáticos. O termo inclui tais condições como impedimentos perceptuais, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia de desenvolvimento. O termo não inclui crianças com dificuldade de aprendizagem, primariamente, resultantes de impedimentos da visão, da audição ou motores, de retardamento mental, de distúrbios emocionais ou de desvantagens ambiental, cultural e econômica (PUBLIC LAW 94-142, apud SILVER, 1990:395).

No que se refere ao segundo conjunto de comportamento hiperatividade, distrabilidade e impulsividade, em 1968 a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION publicou o DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS⁵ que na sua 2a. edição

(DSM II) incluiu o termo reação hiperkinética da criança que caracterizava a criança hiperativa como tendo atividade exagerada, inquietação, distração e pequenos períodos de atenção.

Em 1982, a terceira edição (DSM III), em decorrência das pesquisas sobre o problema modificaram o nome para ATTENTION DEFICIT DISORDER (ADD) para enfatizar que a distração foi a manifestação clínica primária apesar de hiperatividade e impulsividade também estar presente.

Neste manual o ATTENTION DEFICIT DISORDER tem dois subtipos: o ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY (ADD-H) e o ATTENTION- DEFICIT DISORDER WITHOUT HYPERACTIVITY (ADDWO).

No entanto, o diagnóstico só poderia ser estabelecido se a criança mostrasse evidência de pelo menos um dos três comportamentos: hiperatividade, impulsividade e distração.

A patologização vai se sofisticando!

Em 1987, sai uma revisão do manual DSM III-R como uma modificação na terminologia - ATTENTION DEFICIT - HYPERACTIVITY DISORDER - decorrente de pesquisas que evidenciaram que apesar da distração ser uma manifestação clínica primária, a hiperatividade é importante para a determinação da desordem. O ATTENTION DEFICIT-HYPERACTIVITY DISORDER é visto como uma

disfunção neurológica que é tratada de acordo com o modelo de doença, isto é, através da medicação.

A questão dos problemas emocionais e sociais, um tema em que vários pesquisadores se detém, reside na resposta à pergunta: os problemas emocionais são causa das dificuldades acadêmicas ou são consequência delas?

Este é um exemplo típico do deslocamento do raciocínio clínico tradicional. Dificuldades emocionais graves causam dificuldade de aprendizagem e outras dificuldades no relacionamento interpessoal.

O que é muito grave é não ter doença e ser tratado como se tivesse doença, receber uma medicação desnecessária ou ser tratado como o diferente e estigmatizado socialmente. As frustrações provocadas pelas falhas individuais se refletem em frustrações e falhas experienciadas pelos pais.

O que se verifica é que a fragmentação que ocorreu após o trabalho de CLEMENS (1966) se configura hoje como três grupos de "dificuldades" que precisam estar presentes para se diagnosticar a disfunção cerebral mínima.

A primeira delas seria o ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, definida como uma disfunção neurológica (que nestes últimos 50 anos, pelo menos tem buscado sua identidade científica).

O segundo seria o distúrbio de aprendizagem que foi batizado de dislexia específica de evolução. Praticamente em todos os países há políticas de incentivo à alfabetização que é um processo complexo e longo que poderá abrigar descrições "patológicas". As descrições nada mais são do que descrições do próprio processo de desenvolvimento que são metamorfozeadas em patologia.

O terceiro grupo refere-se a problemas emocionais e sociais. Muitas vezes o problema social já existe, o que se acrescenta mesmo é o problema emocional, pois, ser tratado como portador de um problema (que não existe), é estar sujeito a um patrulhamento constante. Isto leva qualquer pessoa a se perturbar, tudo que faz é interpretado como erro, além de ser maltratada com monótonas tarefas repetitivas e desinteressantes, em nome da recuperação da "doença". Em sala de aula um aluno rotulado por esta "dificuldade", passa a ser tratado como incapaz, deficiente, doente. Quem não têm problemas emocionais, nestas contingências vai passar a tê-los.

A saga para a criação da doença foi absorvida pelo DSM III-R, que aponta os três níveis de dificuldades, já descritos, em acréscimo à primeira referência que saiu em 1968, a década em que se iniciou a preocupação com a "nova morbididade" como bem criticam COLLARES e MOYSÉS (1986).

Mesmo em termos de diagnóstico e prognóstico, muitos psicólogos e neurologistas propõe tratamentos já sistematizados. Quando uma criança tem dificuldade de aprendizagem em decorrência de lesão neurológica, a remediação envolverá um curriculum administrado por professores especialmente habilitados para estas crianças.

Seguindo o mesmo tipo de raciocínio, para combater o ATTENTION DEFICIT-HIPERACTIVITY DISORDER, doravante ADHD, entendido como disfunção neurológica (outra origem), é sugerida medicação e aconselhamento familiar.

A metodologia diagnóstica para a pretensa ADHD é a mesma da dislexia adquirida, o que muda é o prognóstico e o tratamento, que se legitimam na prática, porque no lugar da lesão apareceu uma "disfunção", tão poderosa, em termos de manutenção do estatuto da doença, quanto a anterior, que justifica tudo o que se segue depois.

O viés a partir do qual se coloca a questão da "dificuldade de aprendizagem" incentiva professores a encaminharem crianças com "dificuldade de aprendizagem". Para o sistema escolar, isto é altamente conveniente, pois tudo pode continuar como está desde que a criança seja penalizada.

Um outro aspecto a considerar, no contexto da patologização, é a ampliação do mercado de trabalho para profissionais como neurologistas, pediatras, psicólogos,

fonoaudiólogos, fisioterapeutas, professores de educação física, terapeutas ocupacionais e psicopedagogos.

Outro aspecto apontado por MOYSÉS e COLLARES (1992) é o interesse econômico das indústrias farmacêuticas que subvencionam inclusive manipulação dos dados de pesquisa.

Para as crianças o que sobra? A luta infrutífera e solitária contra a postura do sistema com prejuízos para sua auto-imagem, introjetada como incapaz e estigmatizada socialmente.

De acordo com COLLARES e MOYSÉS (1993) o necessário seria que os professores tivessem acesso a informações numa outra direção, mostrando que não é doença, e, a partir daí, reorganizassem suas concepções de ensino e aprendizagem, pois muito do sucesso escolar depende das atitudes do professor.

No que concerne aos processos psicológicos necessários à aprendizagem, LURIA (1979) os definiu como atenção, percepção, memória, raciocínio, pensamento, linguagem, e consciência. A aquisição da leitura e escrita se faz sob condições neurodinâmicas ótimas e é um processo longo cujas atividades exigem um trabalho conjugado de vários processos cognitivos. Evidentemente se a atenção estiver alterada, por problemas efetivamente orgânicos ou emocionais, o bom andamento do processo fica alterado. Fora deste contexto, a falta de atenção não é sinônimo de doença (não necessitando de

tratamento), mas cria, na verdade, um falso problema. Se estas funções são consideradas, equivocadamente, como alteradas num quadro de ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD) passa a ser "natural", para este tipo de raciocínio clínico, que se considere a chamada dislexia específica de evolução como sinônimo de ADHD.

Entende-se porque, ao nível do senso comum, as falsas questões são tomadas como se fossem doença e que, ainda, leva os professores a encararem as crianças como "doentes" ou com "problemas psicológicos".

Considerar a dislexia como sinônimo de hiperatividade foi um descaminho que a própria pesquisa sobre o tema criou condições para que ocorresse.

2.7. Dislexia e Distúrbio do Desenvolvimento

No MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DE DISTÚRBIOS MENTAIS em sua terceira edição revista (DSM III-R, 1987), as desordens de desenvolvimento são denominadas de distúrbios de desenvolvimento, porque ocorrem primeiro na infância e adolescência e podem persistir na idade adulta e têm como

característica alterações na aquisição de habilidades cognitivas, de linguagem, motora ou social.

A perturbação pode envolver um atraso geral, como no Retardamento Mental ou um atraso ou falência de progresso numa área específica de aquisição de habilidade, como nos Distúrbios Específicos de Desenvolvimento, ou em áreas múltiplas, nas quais há distorções qualitativas do desenvolvimento normal, como nos Distúrbios Globais de Desenvolvimento (p. 30).

Segundo o Manual, os distúrbios de desenvolvimento podem ser assim classificados:

A. Globais

A.1. Retardamento Mental⁶

- 317.00 - Retardamento Mental Leve
- 318.00 - Retardamento Mental Moderado
- 318.10 - Retardamento Mental Grave
- 318.20 - Retardamento Mental Profundo
- 319.00 - Retardamento Mental Não Especificado

A.2. Distúrbio Autista

200.00 - Distúrbio Autista

A.3. Sem Outras Especificações

299.80 - Distúrbio do Desenvolvimento sem outras
Especificações

B. Específicos⁷**B.1. Desordens das Habilidades Acadêmicas**

315.10 - Distúrbios de Desenvolvimento da Aritmética

315.00 - Distúrbios de Desenvolvimento da Escrita
Expressiva

315.00 - Distúrbio de Desenvolvimento da Leitura

B.2. Desordens da Linguagem e da Fala

315.39 - Distúrbio de Desenvolvimento da Articulação

315.31 - Distúrbio de Desenvolvimento da Linguagem
Expressiva

315.31 - Distúrbio de Desenvolvimento da Linguagem
Receptiva

B.3. Desordem nas Habilidades Motoras

315.40 - Desordem de Desenvolvimento da Coordenação

A classificação - que nunca é questionada - oferecida pelo DSM III-R impõe uma orientação aos profissionais e sistematiza suas ações profissionais, visando uma padronização. E, nesta proposta, o termo DISLEXIA adquiriu uma conotação genérica, englobando problemas cuja delimitação é confusa.

A questão é, pois, encarar dificuldades escolares, **as que realmente forem**, no meio em que são produzidas e sem medicalizá-las (COLLARES e MOYSÉS, 1993). A questão é incorporar variáveis sociais, pedagógicas, psicológicas e sociolinguísticas no entendimento de um processo que é longo e complexo. Sobretudo, tendo em conta a grande heterogeneidade das crianças que apresentam problemas (SUCUPIRA, 1986; COLLARES e MOYSÉS, 1986, 1992, 1993 e MOYSÉS E COLLARES, 1992).

A veiculação do senso comum sobre o que se pretende com a "doença" dislexia pode levar a uma interpretação inadequada dos "erros" apresentados pelas crianças, quando estão aprendendo a ler e a escrever, o que, em última análise, isenta o corpo social de um questionamento sobre o sistema de ensino.

Por mais absurdo que possa parecer, foram propostos programas terapêuticos individualizados para crianças com a

pretensa dislexia e oferecidos como estratégias de aulas particulares, justificando, através da relação professor/aluno, a motivação necessária para vencer o "atraso maturacional" das crianças com problemas de leitura. O que estas crianças receberam como "individualizado" foi o que deveriam ter recebido como efetivamente socializado.

O ensino individualizado é um questionamento que recai sobre o indivíduo e não sobre o sistema escolar, uma atitude bastante sintomática de um sistema sócio-político que advoga o sucesso pessoal como condição de ascensão social.

Em vez de "aulas particulares", ou atendimento especial para alguns, porque não programar o ensino da leitura e escrita de modo que as crianças se envolvam mais e manifestem menos desinteresse - o que faz com que a atenção diminua ou se desvie.

Quais movimentos sociais criam condições para que ocorrências instáveis que fazem parte da aquisição de um conhecimento complexo sejam mal interpretadas como sintomas de doença? Qual a responsabilidade que os médicos têm ao diagnosticarem como doença (o que não é) e encaminhar aos professores para providenciar soluções de cunho pedagógico?

De fato, na perspectiva da patologização da aprendizagem, médicos e professores são faces complementares da mesma moeda (COLLARES e MOYSÉS, 1986), pois os programas de

reeducação denominados de psiconeurológicos, nada mais são do que a aplicação (no pior sentido do termo) do modelo médico à educação.

2.8. Dislexia e Lingüística

A lingüística, do modo que foi utilizada pela literatura que procura explicações para a chamada dislexia específica de evolução, não ajudou a diminuir a confusão conceitual desse campo.

Se fosse incorporado o papel da oralidade, que a criança domina, no processo da aquisição da escrita (ABAURRE, 1987; CAGLIARI, 1989; SMOLKA, 1989; GOODMAN, 1987; MAYRINK-SABINSON, 1987, 1991a, 1991b ; GÓES E MARTLEW, 1983 e GÓES E SMOLKA, 1992; COUDRY E SCARPA, 1991; MORATO E COUDRY, 1988, 1991; COUDRY, 1987; SCARPA, 1987), muitos enganos seriam evitados.

As tarefas dadas para os sujeitos das várias pesquisas são todas descontextualizadas.

Nas pesquisas propostas nota-se uma desconsideração total quanto ao que seja a aquisição da oralidade e quanto ao

domínio que a criança tem da linguagem oral: de fonemas, sílabas, palavras, segundo a especificidade de funcionamento da linguagem oral; não é a escrita que fornecerá a consciência sobre a oralidade. Em virtude desses fatos não faz sentido dizer que, como afirma MANN (1986), a consciência dos fonemas depende do conhecimento do alfabeto. No entanto, é evidente que a aquisição da escrita tem reflexos sobre o conhecimento que o sujeito tem da oralidade.

Acompanhando a marcha do conhecimento científico sobre a chamada dislexia específica de evolução, BENTON (1962) e LIBERMAN et al. (1971) delineiam experimentos que negavam a percepção visual como a área problemática, assim como VELLUTINO et al. (1972; 1973; 1975a; 1975b; 1975c); VELLUTINO E SCANLON (1985) e VELLUTINO, SCANLON e TANZMAN (1988) que passaram a situar o problema no processamento auditivo. Porém, o equívoco se mantém, e a idéia de doença persiste.

Estas pesquisas têm em comum a crença de que há um problema cognitivo na criança, **a alteração é na criança**. Ao acreditar que as crianças tem déficit o trabalho de pesquisa se resumiria em elucidá-los. É interessante chamar, pois, a atenção para a busca incessante destes pesquisadores da área médica para achar uma explicação biológica para a chamada dificuldade de aprendizagem (dislexia, ou discalculia, ou disgrafia, ou outras). Em não achando no campo visual procuram

no linguístico, que acaba por ser reduzido a experimentos sobre a consciência fonológica.

As tarefas propostas pelos testes para avaliar o grau da chamada dislexia específica de evolução, presente em várias pesquisas, são todas descontextualizadas. Tais testes, psicométricos, não medem a atribuição de sentido do que o sujeito lê ou escreve - questão que interessa a este estudo.

É evidente que a percepção visual íntegra é um requisito básico para (re)conhecer letras e sinais gráficos, mas isto não define o que seja ler ou não ler, escrever ou não escrever.

Um outro aspecto desconsiderado por esta visão organicista e mecanicista é que a aquisição da escrita e da leitura é um processo cujo objetivo é a aquisição de uma língua escrita e que seu funcionamento é diferente do da linguagem oral. Na primeira (escrita), o que é relevante para a contextualização da produção é que o interlocutor é representado, na segunda (leitura), está face a face com o locutor.

Como derivação desta visão mecanicista de ciência, os materiais para leitura foram se orientando para o desenvolvimento de habilidades e a criação infindável de testes para predizer e avaliar o êxito, além de testes diagnósticos para determinar deficiências, num período histórico que a

leitura era considerada como o domínio de reconhecimento de palavras visualizadas.

Os testes, por sua vez, foram pouco a pouco se distanciando da leitura de textos significativos. Reduzindo a aquisição da escrita a conjunto de "habilidades e destrezas".

Ao contrário, este trabalho leva em conta os contextos em que a leitura e a escrita ocorrem, como por exemplo, relatos de experiências; recados a serem lidos ou anotados; informações veiculadas em leitura de jornais e revistas; jogos e anagramas; brincadeiras de adivinhações e outras.

Na realidade, a descontextualização da produção lingüística e as responsabilidades atribuídas à educação pela escola nova - que criou normas para a avaliação do trabalho escolar (UHLE, 1992) criaram condições para que as avaliações dos alunos se transformassem em situações de diagnóstico que sistematizam déficits (COUDRY e SCARPA, 1991). Num aprendizado longo e complexo como o da leitura e escrita, principalmente no seu início, há dificuldades - que são normais. Durante esse processo, observam-se várias ocorrências instáveis (como veremos no Capítulo V), que nada tem de patológico. A questão é interpretá-las adequadamente. Elas mostram o caminho do desenvolvimento da leitura e escrita nas crianças em

alfabetização, em vez de "erros", "sintomas", "déficits" e "doença".

Quando se interpretam tais ocorrências como "doença" coloca-se em funcionamento a poderosa engrenagem social da manutenção do sistema - a ideologia democrática liberal - que depositou na escola um crivo fundamental da sua organização social.

Neste momento coloca-se uma questão:

"Como identificar uma criança disléxica? Como diferenciá-la de uma mal alfabetizada?" (MOYSÉS e COLLARES, 1992:38).

É muito fácil confundir, pois o próprio DSM III-R (1987) propõe para dificuldade de leitura a denominação de dislexia, como uma categoria geral. E os professores mal informados confundem ocorrências instáveis com sintomas de "doença".

Nos Estados Unidos, no primeiro quartel do século XX, havia uma preocupação nacional em tornar a educação acessível a cada criança em idade escolar. Concomitantemente, o behaviorismo aparecia como uma resposta científica para a realização deste objetivo. Em virtude da combinação destes dois movimentos houve "um incremento de uma tecnologia sistemática para ensinar a ler,

baseada em um vocabulário controlado e no desenvolvimento de uma hierarquia de habilidades", como critica GOODMAN (1987:12).

Nesta perspectiva a aprendizagem da leitura é vista como uma destreza motora complexa. E não é difícil avaliar os estragos que estas idéias causaram!

Nas atividades de sala de aula propostas pelo modelo de destrezas, a ênfase recai sobre o conhecimento de um vocabulário visual básico e dos "sons das letras", seja através do reconhecimento de palavras pareadas com desenhos, seja fazendo um círculo em torno das palavras que se iniciam com o mesmo som, ou então combinando letras com sons. Isto quer dizer que o ensino está centrado em aprendizagem de unidades isoladas, criticada contundentemente por GOODMAN (1987), que se apóia na concepção de que a atividade lingüística é que permite a construção de significados, e começa a fazer frente àquela concepção de ensino de leitura e escrita.

Paralelamente às pesquisas e experimentos que vinham sendo realizados, o presidente KENNEDY, através de sua política de integração racial, levou para as escolas populações antes marginalizadas, que começaram a exigir dos professores explicações para as dificuldades encontradas. Sob pressões externas e internas, o sistema educacional americano sente-se ameaçado e projeta nas crianças no nível individual, a culpa dos fracassos.

Concomitantemente ao desenvolvimento da teoria da privação cultural e ao projeto HEAD START, os programas de diagnóstico e intervenção psicopedagógica, que se baseavam no treino de habilidades deficitárias, frutificaram como "solução mágica" para a real questão social e política (PATTO, 1984; SOARES, 1987) situada na contradição da proposta democrata liberal americana de oportunidade para todos de ascensão social. As pesquisas de LABOV (1972) que evidenciam a força das situações sociais como determinante do comportamento verbal e os estudos de BOURDIEU (1983) explicitam as relações de força simbólica, determinadas pela estrutura do grupo social e pelas relações de comunicação existente entre os interlocutores.

No Brasil, outro aspecto deve ser considerado: os professores, elemento final de uma cadeia de equívocos, são movidos por pré-concepções e desenvolvem atitudes de medicalização ou patologização (COLLARES e MOYSÉS, 1993) que se resumem no encaminhamento das crianças divergentes (SUCUPIRA, 1986), recrudescido por um interesse de mercado de trabalho.

Continuando minha crítica sobre equívocos conceituais, veja o que diz CUBA DOS SANTOS (1975), autora que propõe a dislexia como doença.

Da própria definição se pode depreender, como lembra NOAILLES (163) ser possível considerar-se a dislexia

como uma síndrome pedagógica especial. Nela deve existir, pois, como de maior importância, determinado aspecto escolar, é o que sucede, constituindo tal aspecto, sozinho, todo o essencial da síndrome, seu quadro clínico propriamente dito, diríamos nós (grifos meus). Começaremos por ele. Cuidaremos a seguir dos sinais neurológicos sempre menores, que se lhe podem associar; de aspectos clínicos mais gerais, mas de interesse em relação à dislexia (Dislexia Específica de Evolução, 1975:8)

Por mais absurdo que possa parecer, a autora diz que há uma síndrome pedagógica específica, ou seja, uma doença que "a criança pega na escola".

E prossegue:

Geralmente não se encontram os diferentes erros, todos num mesmo indivíduo (163, 197). Podem ser pouco numerosos nos casos leves. Podem, além disso, num mesmo indivíduo, alterar-se quanto ao número e à variedade, de um dia ou momento para outro (43, 137, 209). Ainda num mesmo indivíduo podem aumentar com fadiga, situação de exame e desinteresse ou desagrado pelo tema em

questão. Nestas circunstâncias, podem mesmo reaparecer erros nos "disléxicos curados".

O tipo de erro varia com a idade (163) costumando desaparecerem ou diminuir, entre 8 e 12 anos, as confusões entre letras e as inversões da ordem das mesmas nas palavras (130).

Sem se dar conta, ela mesma fornece argumentos para que os chamados erros sejam interpretados como episódios absolutamente transitórios, ou seja, normais para quem está aprendendo. Isto indica que está se processando uma aprendizagem, pois ficam mais variadas e freqüentes as hipóteses sobre a leitura e escrita (McGINITIE, MARIA E KIMMEL, 1987).

Um aspecto relevante a ser considerado, em favor de uma não doença, se refere ao estudo epidemiológico de RUTTER, YULE, QUINTON, ROWLANDS, YULE e BERGER (1975), realizado em escolas de Londres e da Ilha de WIGHT cuja conclusão mais importante foi:

Os problemas com dificuldade de aprendizagem diminuíram no ambiente sócio-educacional em que as seguintes características eram observadas: os professores interagem com a classe toda e não com alunos individuais, o trabalho das crianças era exposto nas

paredes da classe, os padrões de disciplina eram da escola e não de cada professor, havia passeios escolares, os alunos tinham liberdade de consultar os professores sobre problemas pessoais, o ambiente escolar era agradável e confortável, os alunos podiam assumir posições de responsabilidade, as decisões administrativas eram tomadas em assembléias que reuniam alunos e diretores, os professores tinham seus pontos de vista respeitados em questões administrativas, trabalhos feitos em casa recebiam nota e o desempenho acadêmico era valorizado (RUTTER, YULE, QUINTON, ROWLANDS, YULE e BERGER (1975).

Isso quer dizer que as chamadas dificuldade de aprendizagem não configuram uma doença, pois sob as condições em que os autores observaram, na Ilha de WIGHT, elas deixam de existir.

Todos estes fatores estão relacionados com a relação da instituição com a comunidade e com os próprios alunos que dela fazem parte. Segundo os autores o desempenho deficitário em leitura provoca o desempenho deficitário em ortografia e nas disciplinas que dependem da leitura; esta situação desagradável para o aluno, muitas vezes, é um contexto favorável para a

instalação de maus hábitos (vadiagem, destrutividade, desobediência, provocações, furtos e brigas; e de problemas emocionais (excesso de preocupação, medos, choros, ausência por motivos triviais).

Para a grande maioria dos profissionais, que desconhecem o próprio desenvolvimento das crianças, é mais fácil e cômodo culpá-las por "fracassos" do que reconhecer que a chamada dislexia específica de evolução possa ser a expressão do processo de desenvolvimento da aquisição da leitura e escrita e não uma doença.

Analisando a outra face da mesma moeda (a biologização), problemas de ajustamento (mesmo o escolar) tem um perfil moral e as tentativas de controle das condições de desadaptação objetivam proteger as regras do convívio social, portanto, buscar uma lesão, ou uma marca biológica (característica familiar) tem um peso maior como desencadeante de mecanismos de biologização e medicalização.

Acompanhando a história de medicalização das sociedades capitalistas industrializadas compreende-se perfeitamente o afã na descrição e descobertas da fisiopatologia e até na etiologia de doenças desconhecidas (SINGER, 1988).

MOYSÉS e COLLARES (1992) expressam grande perplexidade ao constatarem que "qualquer criança com dificuldades na escola seja passível de enquadramento neste diagnóstico" (p.38), pois

não há critérios para avaliar a chamada dislexia específica de evolução.

Por que então não se iniciar com uma proposta pedagógica adequada? Por que não economizar o ritual diagnóstico da chamada dislexia específica de evolução e também as angústias, os temores, e os gastos? Como levar o professor a entender que o ensino e a aprendizagem são duas faces de uma mesma questão e que esta pode ser partilhada entre ele e seus alunos?

Há, pois, duas vertentes para a análise do que se chama de dislexia. A primeira delas se refere ao equívoco de uma "afecção específica" que se verifica na concepção da chamada dislexia específica de evolução que mais parece a retratação das características do processo de aquisição da leitura, transformada numa doença, que é criada pela perspectiva medicalizante e patologizante (MOYSÉS e COLLARES, 1992).

A segunda se refere à dislexia adquirida, esta sim uma doença que ocorre em indivíduos cérebro-lesados, cujas descrições clínicas passam para o senso comum através da atuação dos diversos profissionais de saúde. Os profissionais da escola, por sua vez, se utilizam deste corpo de conhecimento (SPINK, 1993 e SPINK, 1994) para pré-diagnosticar e encaminhar as crianças com "dificuldade de aprendizagem", aos serviços de saúde em busca da confirmação de um diagnóstico médico.

NOTAS DO CAPÍTULO II

- (1) Segundo LURIA (1971) alterações nas áreas 39 e 37 indicam dificuldades de integrar os elementos "visuais" da palavra com o feixe de sentidos que ela pode comportar.
- (2) Em grego *strepheo* significa torcer, inverter e *symbolon* palavras.
- (3) Engramas = terminologia neurológica que se refere aos registros deixados por um fato na memória. —
- (4) Para melhor análise destes aspectos ver GOODMAN, K.S. - O Processo de Leitura: Considerações das Línguas e do Desenvolvimento. In: FERREIRO, E. e PALACIO, M.G. - Os Processos de Leitura e Escrita - Novas Perspectivas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
- (5) O MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICAS DE DISTÚRBIOS MENTAIS (DSM) tem como objetivo fornecer uma linguagem comum a clínicos e pesquisadores da saúde mental, para se comunicarem a respeito dos distúrbios pelos quais têm responsabilidades profissionais. Ele é válido em todo o território americano e atualmente tem

sido utilizado no Brasil, por sua correspondência com a CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID) DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

Uma característica do DSM III-R (1987) é não se prender à estrutura de uma teoria específica para poder entender distúrbios mentais não orgânicos. Ele é programado em códigos de cinco dígitos que correspondem aos itens da classificação e foi preparado pelo Conselho de Classificações Clínicas para o Centro Nacional de Estatísticas de Saúde dos Estados Unidos.

O primeiro DSM foi editado em 1952 e, desde então, a sua terminologia e seus conceitos têm sido amplamente aceitos nos Estados Unidos e em outros países do mundo.

⁽⁶⁾ Deficiência Mental é o funcionamento intelectual geral, significativamente abaixo da média, que se manifesta durante o período de desenvolvimento e que se caracteriza pela inadequação da conduta adaptativa (AMERICAN ASSOCIATION DEFICIENCY - A.A.M.D., 1973).

Em 1973, a A.A.M.D., disciplinou em caráter universal a definição de Deficiência Mental como um problema Geral de Aprendizagem (defective) que tem implícitos três critérios na definição: a) o funcionamento intelectual abaixo da média; b) a

ocorrência durante o período de desenvolvimento; c) e a inadequação da conduta adaptativa.

- 17) Quanto às Deficiências Específicas de Aprendizagem o problema de aprendizagem deve ser específico, sem correlação como outras deficiências essenciais como retardamento mental, deficiência sensorial, distúrbios emocionais e carência ambiental. Há uma discrepância intra individual de desenvolvimento, isto é, a criança apresenta capacidade e incapacidade. Os déficits são de natureza comportamental, tais como raciocínio, conceituação, memória, fala, linguagem, percepção, leitura, escrita, ortografia, matemática e outras habilidades correlatas. O ponto essencial da identificação deve ser Psicoeducacional (conforme SUBSÍDIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NO SISTEMA EDUCACIONAL DO ESTADO DE SÃO PAULO - SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO - COORDENADORIA DE ESTUDOS E NORMAS PEDAGÓGICAS, 1977), que explicado com especificidade se refere à aplicação do modelo médico à educação.

CAPÍTULO III

A DISLEXIA: DA PESQUISA AO SENSO COMUM

A sociedade não dispõe de nenhuma substância além do homem, pois os homens são os portadores da objetividade social, cabendo-lhes exclusivamente a construção e transmissão de cada estrutura social (AGNES HELLER - O COTIDIANO E A HISTÓRIA)

Dentro do conjunto possível de interlocutores para um tema como dislexia e "dislexia", iniciarei minhas reflexões tomando como contraponto e pano de fundo os estudos sobre a contribuição da Medicina para, acompanhando-a, tentar compreender a medicalização atual das dificuldades de aprendizagem.

Dois motivos básicos estão ligados a esta decisão. O primeiro deles se refere à importância do papel social da Medicina na especificidade de sua ação no controle da saúde e da doença.

E o segundo, fruto da convivência profissional no Ambulatório de Pediatria da FCM-UNICAMP, que muitas vezes me colocou em condições de partilhar dúvidas e revelações que se colocam nas interfaces de profissões normativas como a Medicina e a Psicologia, já que esta, na especificidade de sua ação profissional, lida também com o controle da saúde e doença no seu aspecto mental.

Acrescente-se o fato de a chamada dislexia específica de evolução, como se verificou no capítulo anterior, ter sido pesquisada inicialmente como um problema cujo nascedouro estaria na "disfunção" do cérebro e a história da pesquisa situou na área médica o tratamento da questão.

Os problemas relacionados à área médica envolvem a questão da medicalização, a produção de conhecimentos na área da medicina e a representação das doenças ao nível do senso comum, a relação médico-paciente e os encaminhamentos para outros profissionais.

3.1. A Medicalização

O que é medicalização? qual a sua origem? Como se apresenta nos dias atuais? Que tipo de relação existe entre a medicalização e outras atividades profissionais?

Para responder a estas questões será necessário fazer uma rápida contextualização de sua origem.

No século V, após a queda do Império Romano do Ocidente, formou-se na Europa uma série de reinos bárbaros (no sentido romano) cujo objetivo era definir e firmar suas características nacionais, uma vez que a unidade proposta por Roma já não existia mais. A economia na Europa se tornou agrícola e o latifúndio é sua expressão característica, uma propriedade rural cujo centro era a residência habitual do senhor (uma igreja, catedral, abadia ou fortaleza). Deste centro dependiam várias aldeias e uma corte na qual "se achavam reunidos os edifícios de exploração agro-pecuária: granjas, estábulo, cavalariças, etc... assim como os serviços domésticos" (PIRENNE, 1963:66).

O latifúndio compreendia as terras do senhor, de uso exclusivo dele, a corte e as aldeias onde os camponeses viviam em pedaços de terra (em média 13 hectares) suficientes para alimentar uma família. Todas as terras pertenciam ao senhor, a dos camponeses eram gravadas com trabalhos corporais gratuitos e tributos em espécies ao senhor.

A par desta organização econômica, havia uma organização social. Os homens do latifúndio, em troca de seu trabalho, tinham a proteção do senhor e nesta época não havia preocupação com o lucro, mas com a manutenção do sistema, numa troca entre espécies

de trabalhos e a proteção jurídica e ou alimentar em períodos de safra curta. Nesta época era comum as viúvas entregarem seus pedaços de terra a troco de proteção para si e para os filhos menores.

A invasão árabe do século VIII criou uma questão de caráter competitivo religioso e do ponto de vista sócio-econômico fortaleceu-se o latifúndio e sua organização como uma condição de sobrevivência e auto suficiência dos seus habitantes sob a proteção do patriarca.

A preocupação em expandir o cristianismo inicia o movimento das cruzadas, que contava com um excedente populacional dos latifúndios. Este movimento trouxe como principal consequência o fortalecimento do comércio europeu em várias cidades do trajeto. O dinheiro que pertencia aos senhores feudais e ao clero começa a se transferir para as "vilas novas", local onde viviam os comerciantes.

As "vilas novas" eram compostas de servos que haviam abandonado o senhorio, os excedentes familiares das aldeias (filhos menores dos servos camponeses cuja produção não lhes permitia o sustento), alguns artesãos e os estrangeiros que faziam o comércio.

Estes centros não eram alojamentos semi-rurais e não produziam os seus alimentos; abrigavam as classes emergentes de artesãos e burgueses e compravam o alimento dos excedentes dos

camponeses que passaram a comerciá-lo. O comércio vai aos poucos desenvolvendo "o desejo dos objetos novos de consumo que introduzia" (PIRENNE, 1963:85).

Do século XII em diante as primitivas "vilas novas" se organizam em burgos com recursos e administração própria que visavam sua fortificação através da construção de muralhas defensivas, da construção de oficinas, portos, paróquias, escolas e mercados, dando origem às cidades como centros de exportação e comercialização de produtos manufaturados. A vila medieval (em oposição à aldeia agrícola) é uma criação da burguesia comercial.

Como fatos religiosos, o fracasso das cruzadas e, posteriormente, a reforma abalaram a teocracia medieval e o controle que o clero tinha sobre a pecaminosidade do lucro e da usura. A diminuição do controle clerical, a falência dos feudos e o crescimento das cidades anunciam o final da Idade Média com o trabalho serviçal, de caráter agrícola-rural.

A partir do século XIII começam a aparecer as grandes indústrias e surge a condição da separação entre capital e trabalho e o espaço para o intermediário, assim como o aparecimento de núcleos satélites de produção ou fornecimento de matéria prima. Neste contexto, salário e trabalho passam a ter uma conotação moderna, isto é, a transição de vila para Estado caracteriza um nacionalismo econômico protecionista e

mercantilista que marca o domínio da indústria sobre a agricultura.

A Idade Moderna introduz o crédito, expande os bancos, fortalece os Estados e canaliza o dinheiro excedente para a valorização das coisas humanas como artes, literatura, pintura, escultura: surge o movimento cultural do Renascimento, cujo centro cultural é a Itália, também centro econômico da Europa.

O fortalecimento de outras comunidades como a Espanha e Portugal incentiva a navegação através do Atlântico numa tentativa de quebrar a hegemonia do mar Mediterrâneo e dependência dos entrepostos italianos para o fornecimento de matérias primas ou produtos industrializados.

O Renascimento e a quantidade de dinheiro em circulação na Europa permitem que uma nova ordem intelectual seja estimulada e financiada, expressando a derrocada de uma visão de mundo, de uma concepção de ciência e de uma filosofia.

A valorização da razão como sede do conhecimento e o dualismo corpo e alma como um paradigma para o desenvolvimento do conhecimento (além da perspectiva empirista já proposta por FRANCIS BACON, 1561-1626) deram origem ao conhecimento moderno.

O racionalismo influenciou a construção e consolidação de vários ramos da ciência; ele contém um aspecto revolucionário por permitir a extensão das equações matemáticas à explicação dos

fenômenos e por sedimentar um paradigma para as Ciências que se diferencia da Filosofia.

A maneira de pensar e agir dos profissionais médicos se modificou após o dualismo cartesiano. FOUCAULT (1980) identificou dois tipos de transições no pensamento médico.

O primeiro deles refere-se à troca das fantasias para a explicação dos fenômenos com base em descrições do observado e explicações que são fornecidas para o funcionamento do corpo humano:

Aqueles que ouviram falar, por pouco que seja, da medicina sabem, além disso, como se compõe o coração e como todo o sangue das veias pode facilmente correr da veia cava para seu lado direito, e daí passar ao pulmão pelo vaso que denominamos veia arteriosa, depois retornar do pulmão ao lado esquerdo do coração pelo vaso denominado artéria venosa, e, enfim, passar daí para a grande artéria, cujos ramos se espalham pelo corpo inteiro (DESCARTES, 1979:219).

Para DESCARTES (1979) a diferença entre um corpo e um corpo morto residia no fato de que o primeiro tinha calor e movimento. O calor, princípio corporal cartesiano era sediado no

coração e se espalhava por todo o corpo através da circulação e o cérebro sediava os espíritos animais cuja função era provocar o movimento..." e a única causa que faz um músculo encolher-se mais do que seu oposto é que recebe, por pouco que seja, mais espírito do cérebro do que o outro" (idem p.221).

O músculo que recebe os espíritos se infla pela presença destes. Esta explicação é fantasiosa e se contrapõe às descrições anatômicas. Este fato revela que a mente ainda é explicada por idéias fantasiosas, não é controlada por demônios, mas por espíritos.

O dualismo cartesiano é mais do que um aspecto metodológico pois como contemporâneo de GALILEU e conhecedor da força do clero em dirigir a aquisição do conhecimento, DESCARTES fez questão em não criar atritos. Porém, o racionalismo, a matematização e o empirismo passam a ser ingredientes fundamentais para a construção do conhecimento humano. A objetividade permitida pelo olhar será descrita de uma forma racional, será preenchida por um conteúdo de conhecimento racional.

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII...identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido...em uma

reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens...a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação (FOUCAULT, 1980, p.X).

A segunda transição no pensamento médico se deu por conta de um discurso científico racional sobre a doença. A linguagem médica se constrói no perceptível das entranhas e dos sinais.

Os privilégios adquiridos pela burguesia ao longo do século XVIII enfraquecem a nobreza. O clero, por sua vez, não conseguia deter o crescimento do racionalismo e a valorização das coisas humanas.

E a burguesia, enquanto tal, necessitava de um processo no controle social e político a ser exercido sobre o povo, composto de pessoas crédulas, supersticiosas e convencidas (pelo clero) da força do destino e das designações religiosas sobre suas vidas. Em substituição à parelha anterior nobreza-clero, a ordem agora seria poder político (burgueses) e poder do conhecimento humano (racionalismo científico). O conhecimento científico serviria de instrumento de libertação das dores, das doenças e da ignorância para todos os homens.

Na realidade, o médico seria aqui na terra o representante de Deus sua vida seria também sacerdócio com a

finalidade de liberar o corpo dos sofrimentos terrestres, através do saber científico que poderia vencer as doenças.

Esta medicina institucional, que foi forjada e implantada pela Revolução Francesa, iniciou o seu percurso de constituição, marcado por conflitos internos e contradições através de um processo conhecido como medicalização (FOUCAULT, 1980).

O processo de medicalização se revestiu de características peculiares ao longo do século XVIII, XIX e XX.

No século XVIII, cada cidadão deveria ser informado sobre doenças para que pudesse impedir sua propagação. Ensinar sobre a doença implicava em preveni-la. O objetivo era a criação de uma consciência coletiva do patológico. O saber médico será disseminado para toda a nação como uma maneira de controlar e acabar com a doença.

No século XVIII classificar, descrever e conhecer a doença é a preocupação da Medicina. Esta visão implica no aspecto político do papel do médico, que através do controle das doenças controlará também um estado saudável com pessoas produtivas e que provocam poucas despesas. O médico se tornará um funcionário do Estado e a assistência médica será gratuita.

Quanto ao médico, a pretensão burguesa será o controle total de suas ações através das ações sobre as doenças. Quanto

aos outros grupos sociais há uma preocupação econômica de aumento de lucros e queda nas despesas.

A recomendação é que se fechem os hospitais e se devolvam os doentes às famílias e junto aos que lhe são caros serão cuidados e curados. O argumento se reveste de um aspecto psicológico para encobrir o aspecto econômico.

É importante lembrar que o século XVIII foi o século da revolução industrial e o aproveitamento das mulheres e crianças como mão de obra barata foi amplamente utilizado.

Do ponto de vista histórico a ambição de RICHELIEU concedeu à burguesia os privilégios da nobreza. Com a concessão destes privilégios ele criou uma "nobreza" paralela que subiu ao poder através da Revolução Francesa porém sustentada pela força de trabalho do povo. Um povo saudável significa aumento de lucro. De fato, os médicos foram utilizados para maximizar as vantagens e privilégios da "nova nobreza" que ascendeu ao poder.

Por outro lado, no interior da própria medicina o empirismo e o racionalismo criam um novo paradigma para análise das doenças e como ressalta FOUCAULT há o surgimento da clínica como a marca da atividade profissional do médico.

A Medicina usou modelos de conhecimento da Biologia como se vê nos trabalhos de Nosologia e Nosografia do século XVIII. O importante era classificar as doenças e os sintomas.

A teoria das probabilidades e as frequências aos poucos dão corpo às explicações médicas, porém é o modelo da Química, com a noção de combinação, que se torna relevante para as explicações médicas (FOUCAULT, 1980).

Este percurso vai aos poucos delineando uma linguagem descritiva rigorosa, um olhar perscrutador que se orienta numa metodologia específica - a atuação clínica, que se concretiza em um campo nosológico estruturado no qual a doença é o objeto de estudo e a história clínica e o exame do paciente são os instrumentos.

É uma observação de caráter seletivo em que o médico vê o corpo (entidade física), ouve e interpreta suas manifestações e sinais. Esta observação tem um percurso durante o qual se alternam momentos de percepção e discursos onde a correlação entre o perceber e o enunciar resultam numa descrição exaustiva que permitirá um levantamento de hipóteses e uma posterior orientação diagnóstica.

"Descrever é seguir a ordenação das manifestações, mas é seguir também a sequência inteligível de sua gênese; é ver e saber ao mesmo tempo, porque dizendo o que se vê o integramos espontaneamente ao saber; é também ensinar a ver, na medida em que é dar a chave de uma linguagem que domina o visível" (FOUCAULT, 1980:129).

No século XIX, no ideário da ciência, e também da Medicina, concebia-se o homem como ser natural e social e em decorrência disso o natural era o esperado, sendo considerado normal, e o que se diferenciava era o patológico. O patológico é entendido, então, como uma variação do normal: para mais (aumento de frequência) ou para menos (diminuição da frequência).

Houve um deslocamento de conceito - não é mais saúde de um lado e doença do outro, numa visão qualitativa - mas numa mudança quantitativa que se instaura, considerando as frequências que se alteram:

- -

"A doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são, e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde" (CANGUILHEM, 1990:22).

A bipolaridade cria uma situação artificial com pretensão de eliminação de contradições e conflitos. E a prática se direciona para campanhas de controle das epidemias, incentivo de condutas alimentares, preocupação com infraestruturas para rede de água e de esgotos, e com as condições de saúde em determinados locais de trabalho.

Os hospitais, que no século anterior haviam devolvido seus usuários à sociedade por considerarem onerosa a

"assistência" de característica depositária e repressiva, aos poucos vão se constituindo em um espaço acolhedor para as pessoas que não têm família e protetor das pessoas sadias contra a doença e dos doentes em relação a outros doentes e aos farsantes e charlatões.

No contexto do século XIX, o conceito de patológico foi utilizado com objetivos diferentes por COMTE e CLAUDE BERNARD cujas influências "sobre a filosofia, a ciência e talvez mais ainda, sobre a literatura do século XIX foi considerável" (CANGUILHEM, 1990:24).

Para o primeiro deles, o patológico era o contraponto da normatividade, pois o foco de interesse era a norma que se confundia com o "homem natural e social" - implicitamente o homem certo.

Já para o segundo, o normal era contraponto para o patológico e a ação racional operava sobre o patológico através da fisiologia (do homem sadio).

Curar é voltar à norma, ou melhor às normas fisiológicas - à saúde.

São, portanto, diferentes as concepções de doença e de patologia. Na primeira concepção, há uma entidade doença, com características negativas, que domina a saúde. Doença e saúde são vistas como de natureza diferente e com forças diferentes.

Na segunda concepção, há a noção de um *continuum* e a variação é quantitativa pois a frequência é que se torna mais ou menos densa.

No século XX, a concepção que sustenta a prática médica é a noção de erro da natureza, que de certa forma tende a tirar do indivíduo a responsabilidade por contrair ou não uma doença ou um estado. O erro é legitimado pela bioquímica genética.

A noção de erro mobiliza menos afetividade e faz referência ao organismo como um todo, não é mais um órgão, ou tecido doente, mas um fracasso da natureza, antecede a existência e responsabilidade do homem comum.

A força da medicalização coloca como expectativa, entre os outros profissionais não médicos, que se procure uma doença ou um problema no indivíduo. A impossibilidade ou o insucesso só podem ser explicados por problemas de saúde, nunca como o resultado de interações insuficientes ou catastróficas.

Enquanto o indivíduo é portador de uma "condição interna" que o debilita ou o diferencia socialmente das outras pessoas, torna-se legítima qualquer pressão sobre ele (ou seu organismo) com fachada de promoção de sua integração social. Por outro lado, qualquer outro profissional envolvido com o problema passa a se sentir livre da obrigação e da responsabilidade pelos fracassos uma vez que ele encaminha os "problemas".

Esta é uma atitude profissional que se processa como um mecanismo de defesa, o de projeção. As dificuldades do profissional adquirem uma silhueta que é a do "aluno problema" que, em última análise, para tranquilidade do profissional, nada tem a ver com a sua própria competência profissional.

A medicalização de acordo com DONZENGLO (1976) está relacionada com uma "marcada expansão da produção de serviços bem como à generalização do consumo por contingentes sempre mais amplos da população" (p.30) que se reveste de uma "diferenciação que adquire especificidade nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projeta o fator trabalho e as relações de classe" (p. 31).

Daí pode-se analisar o aspecto privado da atuação do médico que se relaciona diretamente com uma profissão denominada de liberal e uma orientação para a comunidade através das práticas coletivas como saneamento, campanhas de imunização, educação para a saúde, que pouco a pouco foi incorporando a força de trabalho do médico como assalariado.

Se a origem da medicalização teve um motivo econômico-político de criação de um Estado com indivíduos altamente produtivos, a manutenção desta condição se dá no cotidiano da interação médico-paciente que é de caráter psicológica, mesmo que o contingente de médicos tenha se expandido e, em algumas regiões, mais que em outras transformado a medicina de uma

prática liberal em uma condição de assalariamento (DONNANGELO, 1975, 1976; OLIVEIRA, 1980 e MARCONDES, 1981).

Na medida em que o saber científico passou a ser uma nova ordem a serviço do poder, o saber médico se organiza ao estabelecer um conjunto de relações entre o ambiente e os indivíduos, uma hierarquia de ações no qual o doente necessita estar medicamente orientado para reconhecer a própria necessidade de ir ao médico.

Esta relação de complementariedade entre a ação do médico e o conhecimento que o doente deve ter das doenças, perpetua a medicalização no interior de todos os grupos sociais.

Porém, a necessidade de ir ao médico não é igual para todos os grupos sociais. O próprio aproveitamento dos conhecimentos médicos se diferencia em função da classe social de procedência das pessoas (BOLTANSKI, 1989).

3.2. A Produção de Conhecimento na Área da Medicina e a Representação das Doenças ao Nível do Senso Comum

BOLTANSKI (1989) relata em seu livro AS CLASSES SOCIAIS E O CORPO que há uma certa relação de complementariedade entre a medicina familiar e a medicina científica.

A medicina familiar se refere a um procedimento imitativo de certas condutas médicas quando executado pelas mães na interpretação de certas doenças e prescrições a seus filhos:

Existe uma espécie de nosografia popular que define as doenças infantis benignas que a mãe tem o direito, principalmente quando a febre é baixa, de tratar, total ou parcialmente, sozinha, essas doenças organizam-se em três grandes categorias: doenças "causadas pelo frio" ou "doenças de inverno", resfriado, gripe, angina, bronquite; doenças "digestivas", prisão de ventre, dores de barriga, indigestão; doenças "infantis" propriamente ditas, coqueluche, caxumba, varicela, rubéola, sarampo (Idem, p.19).

Uma vez que a mãe identifica um sinal, por exemplo nariz escorrendo, ela escolhe dentre as doenças conhecidas (resfriado) e dentre os remédios conhecidos (gotas para o nariz) e os associa entre si.

É bastante comum a existência de uma farmácia nas casas e as pessoas recorrem a ela quando necessário. Em geral, estes remédios são considerados fracos ficando os mais fortes como os antibióticos "reservados aos tratamentos das doenças mais graves que só o médico está habilitado a tratar" (Idem, p.20).

Um outro aspecto que o autor ressalta é que algumas mulheres ainda preparam alguns remédios caseiros (geralmente pessoas que vieram do campo) e os consideram como simples e menos eficazes que os remédios prescritos pelos médicos, mas que no fundo revelam a tradição de uma medicina popular, e a manutenção de valores e afetos da tradição familiar.

Do mesmo modo que os camponeses antigos conheciam um número limitado de sinais, doenças e remédios, as mulheres urbanas procedem da mesma forma no tratamento de seus filhos. Seria uma apropriação por imitação das condutas já anteriormente observadas nos médicos que atenderam as crianças:

Se é verdade que a medicina familiar moderna é em primeiro lugar imitação da medicina oficial, a antiga medicina popular era enraizada também na medicina

científica e, longe de constituir um corpo de conhecimentos perfeitamente autônomos, resultava, pelo menos parcialmente, da difusão da medicina científica de épocas anteriores (idem, p.26).

De fato a única diferença entre a medicina familiar moderna e a antiga medicina popular é que a escolarização impôs às pessoas o reconhecimento e o respeito ao conhecimento científico como um conhecimento legítimo, transformando o médico em uma pessoa detentora de um poder inacessível ao homem comum - o poder do conhecimento científico. Isto criou, por sua vez o espaço para o conhecimento do senso comum.

No entanto, na relação que o médico estabelece com os pacientes e nas comunicações de explicações e prescrições medicamentosas para as doenças se produz um discurso sobre a doença que é interpretado e passado às outras pessoas pelos pacientes. Estes discursos se diferenciam em função das classes sociais a que as pessoas pertencem e também em função da ansiedade e tensão a que o indivíduo se submete quando está diante do médico e de uma doença desconhecida e como consequência as doenças têm representações sociais diferentes.

Uma representação social opera como um sistema cognitivo, com lógica e linguagem particulares, que pretende definir, ordenar e explicar a realidade.

Para MOSCOVICI (1983) a ciência é a fonte das representações sociais pois ela "é inseparável de nossa vida intelectual e de nossas relações sociais" (p.79) e fornece conceitos que são transformados pelo e no senso comum.

Enquanto que para o raciocínio científico a reflexão atua no sentido de seleção de critérios para validação ou não dos princípios, para o raciocínio do senso comum ela sustenta estereótipos e convenções sociais que atendam às necessidades de um grupo, de acordo com um momento dado.

O senso comum tem um sentido de antecendência ao conhecimento científico, como se fosse uma intuição, um conhecimento pré-lógico ou pré-racional, baseado na tradição e no consenso. É um sentido de consequência do conhecimento científico, onde certas imagens mentais são interligadas e se transformam em instrumentos da vida cotidiana.

A passagem de um para outro campo com as transformações que lhes são próprias, são produzidas geralmente por indivíduos degustadores de almanaques ou revistas de divulgação, editores de programas de televisão, ou escritores:

O aficcionado é um consumidor de idéias científicas já formuladas, um leitor assíduo de revistas e obras de divulgação, que segue com paixão as novidades da ciência (MOSCOVICI, 1983, p.688).

Estes indivíduos se colocam como intermediários entre os cientistas e a população que irá consumir os resultados das descobertas científicas.

Antes do aparecimento da ciência como modelo de pensamento a tradição oral divulgava o senso comum como uma tradição popular dentro de uma dada cultura. Após o aparecimento da ciência, que propôs formas específicas de descrições dos fenômenos, manipulações dos dados e verificações de hipóteses apoiadas na matematização, tornou-se imprescindível a escrita para a comunicação de seus resultados, porém a escrita numa linguagem específica, a linguagem científica.

Esta linguagem, para ser transformada em senso comum, necessita ser reduzida e reinterpretada em termos acessíveis ao pensamento popular, que sempre representa as interpretações das teorias ou propostas científicas.

O que mantém a atitude dos aficcionados é o prazer de divulgar os conhecimentos interpretados, é um exercício mental que dá prazer a quem o faz, além de granjear a atenção das pessoas através de suas comunicações: os dois aspectos do prazer e do controle social mantém a perseverança dos aficcionados.

As atividades mentais que reproduzem uma modalidade de representação para outra com um sentido de tradição caracterizam a atividade representativa - "as palavras por imagens, os

desenhos por idéias, as emoções por conceitos" (MOSCOVICI, 1983, p. 693).

A representação social é um tropo que muitas vezes até os cientistas, quando estão numa conferência para uma platéia leiga, o fazem, ou então como coloca MOSCOVICI (1983) "o sábio aficcionado se sente atraído pelo mundo onírico distante dos fatos e ao mesmo tempo tenta domesticá-lo, torná-lo familiar" (p.695).

Para MOSCOVICI (1983) três operações são fundamentais para a representação. A primeira delas é a personificação que consiste em associar a uma pessoa a sua teoria - a pessoa garante um caráter intimista e familiar à produção científica.

A expressão "FREUD explica" é uma manifestação desta personificação e uma referência de que algum aspecto da vida mental, ou melhor, da saúde mental está envolvida na questão.

BOLTANSKI (1989) relata que as pessoas das classes trabalhadoras atribuem forma, cor ou tamanho às pílulas tornando-as familiares, após uma prescrição médica, sendo esta uma personificação dos remédios cujos nomes são radicais latinos ou gregos de difícil reprodução pelas pessoas leigas.

De acordo com LURIA (1991), a cor, a forma, e o tamanho são os primeiros aspectos que as crianças pré-letradas utilizam para fazer distinções e categorizações:

A medida que a criança tentava expressar cor, forma e tamanho - na verdade, começava a ter semelhança grosseira com a pictografia primitiva... "Através destes fatores, a criança, inicialmente, chega à idéia de usar o desenho como meio de recordar..." O desenho transforma-se, passando de simples representação para um meio, e o intelecto adquire um instrumento novo e poderoso na forma da primeira escrita diferenciada (p.166).

Sujeitos adultos das classes trabalhadoras que BOLTANSKI estudou fazem um exercício intelectual semelhante ao das crianças observadas por LURIA, que é muito diferente do letrado das classes dominantes, cujo discurso se aproxima do discurso do médico.

No tocante à chamada dislexia específica de evolução, num sistema social de oportunidades para poucos, a categoria doença, legitimaria a exclusão social, pois trata-se de uma entidade estranha à natureza das pessoas, principalmente se for de caráter familiar como uma predisposição genética (erro da natureza). Esta hipótese permite associar às características do processo de desenvolvimento de uma habilidade como a aquisição da leitura e escrita "a manifestação de sintomas do quadro neurológico de origem familiar". O binômio sintoma-doença dá a personificação da

doença como problema neurológico que já foi descrita (a alexia adquirida dos indivíduos afásicos ou cérebro lesados).

A segunda operação de representação é a figuração, que consiste em transformar um conceito numa imagem. BOLTANSKI (1989) encontrou a representação da pleurisia como "água fria nos pulmões" ou de infecções como - "a sujeira, a falta de ar, criam micróbios".

A figuração da chamada dislexia específica de evolução se dá pelo desmembramento das chamadas habilidades psiconeurológicas - o esquema corporal, a lateralidade, a coordenação viso-motora, a orientação temporal, o equilíbrio, a orientação espacial, a reaudibilização, a revisualização e outras mais como elementos que devem estar presentes numa condição de pré-requisitos para a aquisição da leitura e escrita.

Esta figuração é um desdobramento do dano neurológico que justapõe uma condição intermediária como mais interna, tornando mais densa a noção de doença, pois a lesão se projeta em outros elementos dos mecanismos de aquisição. Com este raciocínio ficam afastadas as contingências sócio-culturais da aprendizagem da atividade em questão.

A terceira operação é a orientação que consiste em substituir as proposições e significados precisos por proposições e significados metafóricos e vagos.

A orientação se caracteriza pela produção de testes de predição, testes de êxito e testes diagnósticos que orientariam programas corretivos com manuais para professores e cadernos de exercícios para os alunos que visam o desenvolvimento das habilidades psiconeurológicas, através de lápis e papel em sala de aula, desviando as crianças das atividades do brincar que favorecem o desenvolvimento nas idades pré-escolares (LEONTIEV, 1978). E, se porventura, esta orientação é questionada, aparece como justificativa o caráter preventivo desta proposta. Isto, em outras palavras, supõe que a criança que não se submeter a estes rituais, com certeza padecerá da "doença dislexia".

O senso comum adquire **poder** quando põe em circulação idéias que permitem generalizações, como por exemplo, o que se revelou adequado apenas para uma pequena porcentagem de pessoas (os cérebros lesados), transforma-se em crenças e preconceitos forjados pelo raciocínio clínico tradicional, aplicado ao que não é doença, e mantidos pelas instituições sociais.

BOLTANSKI (1989) ressalta o conceito de alergia que "despojou-se da maioria de seus atributos para recobrir apenas a idéia vaga de antipatia ou de repulsa. Dir-se-á que se é "alérgico" a este ou aquele alimento porque "não se pode suportá-lo" ou mesmo se é "alérgico ao calor muito forte" para dizer simplesmente que não se gosta do calor" (p.88).

A representação social do senso comum se apresenta como uma "teoria" de expressão popular, que possa dar sustento às atividades cotidianas das pessoas.

De acordo com MOSCOVICI (1983), o modelo positivista e empírico de Ciência se preocupa com questões de como se colocam os problemas para a ciência; em contrapartida, o senso comum responde, aos porquês, como se a causação fosse realmente o âmago da questão.

A raiz psicológica deste aspecto está no fato de que toda a realidade precisa ser explicada, provavelmente pela segurança que conhecer as causas dos acontecimentos fornece aos homens comuns. Para a ciência observar e descrever são fundamentais, para o senso comum explicar é fundamental.

Como qualquer teoria, o senso comum se constrói em três etapas, porém a ênfase nas etapas é que diferencia a produção científica do senso comum.

Para exemplificar estas etapas, MOSCOVICI (1983 p.700-701) apresenta a lateralização das funções cognitivas do cérebro. Para os cientistas esta lateralização implica numa especialização de cada metade que se distribui espacialmente num continuum, no qual o funcionamento do sistema como um todo é fenômeno relevante. Enquanto teoria científica, tem se caracterizado como uma abordagem descritiva, primeira etapa da produção do conhecimento científico.

O senso comum se apropria desta teoria de forma diferente. No seu aspecto descritivo, a lateralização é personificada como duas entidades diferenciadas - o cérebro direito e o cérebro esquerdo. Um se torna sede de funções que o outro não exerce e vice-versa. A noção de sistema é quebrada e a atuação das partes ganha autonomia e independência uma em relação à outra, como se fossem constituídas de propriedades opostas.

O esquerdo é "racional, consciente, masculino e lógico" e o direito "intuitivo, inconsciente, feminino e místico".

Esta divisão em propriedades estanques, formam imagens que permitem as identificações que o homem comum vai fazendo à medida que escuta as "descrições" figurativas ou imagens implícitas nos conceitos acima citados, sempre colocados como polaridades.

Esta analogia tem um caráter reducionista que facilita a compreensão dos "novos conceitos" à luz dos anteriormente apreendidos em outros contextos, como por exemplo as noções de intuitivo-feminino e racional-masculino que já possuem representações sociais sedimentadas na cultura, já são objetos, já foram ontizados.

No tocante à chamada dislexia específica de evolução já existe na sociedade uma representação para a lesão como uma condição limitante e que depende de muito esforço dos familiares e profissionais envolvidos em "reeducação". Para a criança, a

paciência e interesse dos pais e profissionais atuam como ganho adicional obscurecendo o peso da deficiência.

Na segunda etapa, a de classificação das imagens, as atividades mentais de personificação transformam as diferenças em contrastes (o esquerdo mede, conta; o direito é musical) que já tem implícitos uma figuração. Nesta etapa, a ontização se faz pela analogia ao dividir as pessoa, em relação às suas atuações, de acordo com o cérebro que as dirige: as imaginativas e espontâneas são as pessoas com cérebro direito e as comedidas e lógicas são as pessoas com cérebro esquerdo.

Posteriormente, introduzem-se estas novas categorias com significados e nomenclaturas diferentes no modelo convencional (ou científico) dando ao novo modelo uma roupagem científica.

Para se "curar da dislexia" as pessoas necessitam de anos de reeducação além da frequência a clínicas e ambulatórios, o monitoramento constante durante grande parte ou toda a sua vida escolar, sem levar em conta as relações entre auto-imagem e auto-estima reduzidas com insegurança na aprendizagem.

Percorridas as duas etapas da produção da teoria, a etapa explicativa da teoria representativa se produz na tentativa de explicar certos fatos, fornecendo-se causas a comportamentos e situações sociais como uma orientação.

No exemplo citado pelo autor, o sistema nervoso é visto como diferente para o pobre e para o rico, e serve como

justificativa para explicar os fracassos dos primeiros em relação aos segundos, ao serem comparadas as realizações empresariais de ambos.

No Brasil atual, vê-se diariamente no noticiário a dificuldade dos pequenos produtores rurais que tomaram recursos emprestados para financiar suas plantações ou maquinários agrícolas e que tiveram que entregar suas terras como pagamento dos altos juros bancários. Isto não é questão de se ter cérebro direito ou esquerdo, e sim resultados das implicações do sistema sócio-econômico organizado conjunturalmente em benefício do segmento financeiro da economia.

Na etapa explicativa da chamada dislexia específica de evolução seria uma causa justa para o fracasso e evasão escolar, pois o sistema social (oportunidade para poucos) não se culpabilizaria por esta condição.

O senso comum tem uma tradição que se perpetuou pelas culturas, e uma análise dos aspectos psicológicos envolvidos permite identificar suas operações como a imposição de uma "nova realidade" à realidade, um desdobramento. Três são as operações cognitivas envolvidas.

A primeira delas é a distorção (através da personificação) do que é percebido; a segunda é a seleção (através da figuração) de acordo com avaliações prévias e, finalmente, uma generalização (através da orientação), isto é, o

novo construto será utilizado em várias situações como explicação.

A criação desta nova realidade passa a ser real, uma vez que a representação psicológica lhe deu identidade.

Dependendo da autoridade de quem apresenta o novo construto ou a nova teoria, esta passa a ser prontamente aceita e divulgada.

Por exemplo, até o final do século XIX, quando a educação pública se generalizou, não apareceram problemas de leitura.

Os primeiros relatos de problemas de leitura foram de médicos, que os associaram à dislexia adquirida em adultos lesionados cerebrais. Até hoje, dada a autoridade dos primeiros autores, sugere-se uma origem patológica para as falhas de leitura, "apesar de problemas teóricos e pobreza de suporte empírico" (DALBY, 1986, p.227).

A associação entre problemas de leitura com uma condição doentia era a tarefa dos médicos, porém, para não rever as questões sociais e políticas que sustentavam a democratização das escolas, o caminho de biologização (COLLARES e MOYSÉS, 1993) era o mais conveniente pois não implicava em mudanças nas estruturas sociais e de ensino: bastava consertar (ou excluir) as crianças com problemas.

Esta posição reducionista sustenta as "teorias de senso comum" e como houve um aumento na frequência do "problema" e um aumento do número de crianças que frequentam as escolas, parecia

até que poderiam justificar a descoberta de uma "nova patologia", com "casos reais" ilustrando o problema.

Este deslocamento de caráter reducionista pretende polarizar as questões sociais (se o professor não dá conta o médico certamente vai dar), transferindo a responsabilidade de atuação de uma área de conhecimento para outra. Desloca-se também o recorte epistemológico das questões: compete à nova área discernir, descrever (e explicar ao gosto do senso comum) o novo saber.

Na proposta da democratização do ensino, a questão da igualdade torna-se paradoxal: a igualdade deve ser entendida como igualdade de direitos (todos são iguais perante a lei) e não de atributos pessoais.

As pessoas continuaram a atender às suas contingências de vida, e ao professor caberia a tarefa de atender cada qual na sua especificidade. Nesse contexto, ITARD (1964, apud PESSOTTI, 1984) demonstrou, na sua atuação com VICTOR, que o atendimento às necessidades e ao ritmo do aprendiz é fundamental para se chegar a algum objetivo em educação.

MONTESSORI (1971) ressalta a importância do atendimento individualizado e respeito ao ritmo de cada um além de propor a divisão do conteúdo em pequenas quantidades. A divisão em pequenas quantidades tem duas implicações: a preocupação do

encadeamento de um assunto e o fato de que períodos de atividade devem ser seguidos de períodos de repouso.

No início deste século, VYGOTSKY (1984) enfatiza a importância do adulto como mediador das aprendizagens infantis e o conceito de "zona de desenvolvimento proximal" torna-se o cerne do processo de ensinar-aprender, uma vez que o adulto mediador é responsável e organiza seu ensino considerando os "pontos" em que se encontra o aprendiz no interior desta zona de desenvolvimento.

Do século XVIII até os dias atuais, o alargamento do espaço do médico, que passou a coincidir com o espaço social pois sua missão era também o controle da população (nascimento e óbitos, tipos de doença, relações entre clima, alimentação e vestiário), além de fornecer informações sobre o saber da medicina como maneira de evitar as doenças e garantir, como um mecanismo de feed-back, o retorno ao atendimento médico, facilita, para os vários segmentos sociais, a solução dos problemas através de encaminhamentos para a área médica. O médico é representado pelo senso comum como um "sacerdote-cientista" que alivia os sofrimentos humanos, quer seja pelos professores (ao receber seus encaminhamentos) quer seja das pelas famílias das crianças (curando-as das "desnutrições", de "doenças funcionais" e até "familiares-emocionais").

Segundo FOUCAULT (1980) há um aspecto político que se relaciona ao exercício de uma profissão nacionalizada e

organizada segundo hierarquias: o atendimento às necessidades político-econômicas da classe burguesa no controle de uma população sadia e produtiva.

A atividade do médico no exercício da clínica adquire, como vimos, uma característica do visível que se enuncia, "que é inteiramente visível, porque é inteiramente enunciável" (FOUCAULT, 1980, p.131).

Enuncia-se o discurso da doença que é visto pelas pessoas de um modo geral como um discurso legítimo de um especialista, que domina um tipo de saber.

O saber científico que é do domínio do médico não é passado para os doentes das classes populares, para os quais o discurso médico tem um perfil de coerção. Esta coerção pode ser identificada por três operações mentais no discurso médico: a primeira delas implica numa suposição das expectativas que o doente teria; a segunda é uma miscegenação de termos técnicos e representações da doença e finalmente, uma reinterpretação com objetivos de induzir o paciente a aceitar a técnica de tratamento que o médico propõe.

O doente seleciona alguns termos já conhecidos do discurso médico e tenta reconstruir para si um outro discurso que lhe seja totalmente familiar e conhecido (o do senso comum). Há necessidade de uma redução aos aspectos externos - "a coqueluche

do bebê foi tratada com injeções de duas espécies: verdes e cor-de-rosa" (BOLTANSKI, 1989, P.75).

Na realidade, as pessoas colocam as categorias como opostas e na sua expressão ganham uma realidade explicativa em termos de senso comum, com o uso de termos que remetem à realidade concreta (cor, forma, tamanho). Para tanto, são necessários a execução de uma redução analógica, o deslocamento têmporo-espacial no corpo e a determinação dos limites do interno e do externo.

As categorias, por sua vez, se prendem às características da matéria da qual o corpo é composto, e, segundo BOLTANSKI (1989)7, são o sêco - o úmido, o magro - o gordo, o suave - o forte:

"Categorias climáticas como o frio, o calor, o frio-seco, úmido, são utilizados essencialmente para se falar da origem da doença" (BOLTANSKI, 1989, p.82).

Ou então para tornar familiar certos aspectos abstratos como injeção e micróbios:

..."no exterior do corpo é um inseto daninho como a mosca que voa na casa; no interior do corpo é um parasita incrustado na carne" (IDEM, p.84).

Na realidade, é a experiência das pessoas que determina as categorias do senso comum. Estas categorias são, posteriormente, associadas à patologia e tanto o médico quanto os doentes usam as categorias espontâneas, contidas na língua e presentes no cotidiano das pessoas (em oposição ao pensamento sistemático da ciência).

O fato de várias pessoas numa família não conseguirem cumprir as exigências escolares mantém a crença veiculada pelo senso comum de que a "dislexia" seria uma "lesão específica de caráter familiar".

As transformações pelas quais passa o senso comum resultam da tentativa das pessoas compreenderem como se beneficiar do conhecimento científico.

"...o pensamento popular só pode assimilar e utilizar aquilo que já conhece, as novas categorias tomadas da Ciência ao mesmo tempo que as palavras suporte, são imediatamente submergidas pelas categorias mais antigas e mais gerais, das quais os membros das classes populares fazem uso corrente e que lhes são familiares"
(BOLTANSKI, 1989:87).

Estas produções de sentidos resultam das próprias condições de divulgação da ciência: a produção de conhecimentos implica a sua divulgação (comunicações científicas); o ensino se organiza para divulgar o conhecimento; e as revistas, jornais e mídia divulgam o conhecimento para uma digestão de caráter popular, permitindo a ampliação dos conhecimentos de senso comum. É de notar os testes de "habilidades e destrezas" presentes em revistas como CLAUDIA, NOVA, CAPRICHIO e outras...

3.3. A Relação Médico-Paciente

Enquanto a constituição da medicina se deu por força das relações sociais com funções determinadas no sistema capitalista, e com as características peculiares na formação dos profissionais médicos nos hospitais e hospitais-escolas, a interação médico paciente é regida por determinantes psicológicos.

Um paciente, quando se dirige ao médico, tem consciência de que não controla o seu corpo e necessita da competência de outra pessoa para auxiliá-lo. É uma relação de confiança na qual o doente deposita seu corpo nas mãos do médico que por sua vez,

ao tocá-lo, começa a perscrutar e desvendar os problemas que o afligem

Para que o paciente possa desenvolver esta relação de confiança ele necessita conhecer o médico e sua atuação. SUCUPIRA (1981) faz uma análise da interação médico-paciente em três tipos de serviços: serviços próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Serviços de "Medicina de Grupo" e Centros de Saúde da Rede Estadual, relatando as peculiaridades de cada uma delas.

A Medicina Previdenciária no Brasil se caracteriza por um tipo de serviço médico cujo objetivo é o controle da demanda e para tanto faz uso de expedientes como a descaracterização do ato médico.

O cliente não pode se relacionar livremente com o médico - entre os dois há um conjunto de funcionários que garantem a efetivação do controle da demanda apesar das tentativas dos clientes em tentar furar esta barreira. Além da mediação, há ritos de marcação de consultas e do próprio atendimento que dificultam a formação de vínculos.

No entanto, o cliente, através das representações do senso comum, personifica o INPS, e entre os que mais frequentam o serviço observam-se uma familiaridade e uma vinculação aos locais de atendimento, aos horários e eventualmente aos médicos,

projetando nos funcionários que medeiam a interação as insatisfações e decepções.

Se para o paciente o vínculo é uma idealização do sujeito norteada por suas necessidades, para o médico há uma sintonização com o controle da demanda imposta pelo sistema previdenciário: poder abrir ou não uma ficha para o paciente cria condição de uma vinculação "fetichista" com o arquivo da instituição.

A relação médico-paciente, que se caracteriza por uma relação humana, no sistema previdenciário se caracteriza pela retirada, através da possibilidade da abertura da ficha ou não, da mão do médico a possibilidade de atuar como médico neste nível, isto quer dizer que este não se compromete em resolver os problemas de saúde daquele paciente, uma vez que é paciente da instituição previdenciária e não do médico.

A inexistência da ficha médica não reconhece a sua condição de cliente e a ausência do vínculo que ela deixa propiciar, desconhece o cliente enquanto pessoa (SUCUPIRA, 1981, p.75, grifo meu).

O não comprometimento do médico cria a condição para "passar o caso adiante". A reificação do paciente é garantida pelas contingências do sistema previdenciário. Desta forma, a relação humana se descaracteriza e os vínculos se estabelecem no

senso comum e no imaginário dos pacientes por decorrência das dissonâncias do real.

O fator mais importante ressaltado por SUCUPIRA (1981) é que a avaliação do ato médico e do médico como profissional não é feita diretamente, pois há todo um sistema organizado para não permitir tal ocorrência.

Em relação à medicina de grupos, a condição de assalariado e as contingências das empresas empregatícias exercem um controle rigoroso do profissional e do ato médico, dos funcionários de apoio ao trabalho médico e da própria clientela.

Nesta condição, é possível o estabelecimento do vínculo que caracteriza a relação médico-paciente desde que a demanda esteja sob controle, isto é, reproduza em termos "as condições do consultório particular" (IDEM, 1981, p.121).

Em oposição à medicina previdenciária, o "convênio" pretende apresentar facilidades na marcação e no atendimento médico propriamente dito e a absorção é real, pois não há a condição de passar o caso adiante (mesmo porque os convênios contam com diferentes especialistas).

Como então se criam as explicações do senso comum neste tipo de exercício profissional?

Como observou SUCUPIRA (1981), não há críticas ao atendimento médico, não há restrições à criação do vínculo e cria-se um contexto "eficaz de lidar com a doença, independente

da qualificação do médico" (p.133). De acordo com a classe social do paciente a parêntese saúde/doença é considerada diferenciadamente.

Para os indivíduos de classe social mais alta, a saúde tem um aspecto de prevenção da doença; já para os indivíduos das classes sociais médias lidar com saúde se reveste de um caráter de apego à regra para se aproximar das classes dominantes (BOLTANSKI, 1989 e SUCUPIRA, 1981) e, finalmente, para os indivíduos das classes sociais inferiores cuidar da saúde evoca um caráter educativo.

- *Educar com a intenção de disciplinar, normatizar e uniformizar as atitudes (SUCUPIRA, 1981, p.154).*

Os Centros de Saúde, o terceiro modelo de atendimento pediátrico avaliado por SUCUPIRA (1981), apostam nos objetivos educacionais dos Programas Materno Infantis, um controle social de caráter político normativo. Há a imposição de valores de uma classe social para a outra ao estilo das atitudes burguesas pós Revolução Francesa como uma maneira de controle da massa trabalhadora.

O conteúdo educativo desses programas se apoia no elemento central desta ideologia: atribui aos

comportamentos dos indivíduos e à sua condição de ignorância a etiologia das doenças e da pobreza que enfrentam. As soluções propostas se dão ao nível do comportamento individual. Soluções que dependem de um ato de vontade dos indivíduos em particular (SUCUPIRA, 1981:159).

Neste aspecto, o discurso médico se reveste de uma relação de força simbólica (BOURDIEU, 1983) presente nas interações com os pacientes, pois ao médico ainda fica a responsabilidade do controle da doença uma vez que nos Centros de Saúde a gratuidade de vacinas e a distribuição de leite têm um caráter motivacional e é exercido pela atuação paramédica. Esta cisão se dá por forças das características de inserção da instituição e pelo significado que a doença tem para a população de baixa renda.

Nas classes mais desfavorecidas a escuta do corpo é menor, uma vez que este é utilizado no dia-a-dia para o trabalho e a doença tem um caráter de transtorno, pois impede a realização da rotina diária - garantia de sobrevivência.

Na atuação dos paramédicos há uma facilitação para a incorporação do senso comum:

A instituição perde seus limites e, na medida em que é personalizada nas atendentes ganha a rua" (SUCUPIRA, 1981, p.192).

Para esta autora, a familiaridade criada pelo senso comum se reduz a uma relação de "comadrismo" entre a população e as atendentes, o que fortalece a visão do médico como controlador da doença e não como promotor da saúde.

Os benefícios materiais como leite e vacinas são entendidos como caridade e não como um direito adquirido pela população, uma vez que suas expectativas de ascensão social não são entendidas como uma necessidade de classe.

No interior das instituições o serviço médico se mantém num jogo de interações nas quais a autoridade de cada um é mantida pelas relações de poder e de influência que se refletem também na população atendida.

O caráter normativo e moral de tais programas provoca nos médicos uma representação de que as condições materiais impedem a incorporação das propostas pela mãe e nas mães uma real dificuldade de incorporação cultural de todo este conteúdo preventivista, permanecendo uma representação mais arcaica - aquela do controle da doença.

Neste contexto, a relação médico-paciente se detém num "aqui e agora" que circunscreve um conjunto de procedimentos da

parte do médico como a anamnese, o exame clínico e as orientações através de exames, remédios, encaminhamentos e, eventualmente, explicações permeadas pelos pressupostos e expectativas do médico em relação à clientela e da parte do paciente de um conjunto de procedimentos complementares que envolvem uma queixa, descrição de eventos do corpo (traduzidos pelo médico como sinais e sintomas), o despir-se, a passividade durante o exame físico e a aceitação das orientações médicas, permeadas também por pressupostos e expectativas do paciente em relação ao médico.

No momento mesmo da consulta, o que se contrapõem são o saber científico ou oficial e o saber do senso comum, não oficial.

A existência nas classes populares de um saber que fundamenta e organiza o seu modo de vida está na base da relação que se estabelece entre o médico e o paciente (SUCUPIRA, 1981:308).

E, neste momento, há a crença de que a doença é algo impróprio do doente, que justifica os ritos da consulta e as avaliações que o paciente possa fazer do médico.

Para esta autora estas condições podem ser sintetizadas em três pontos fundamentais:

- 1) a situação de classe dos sujeitos;
- 2) a natureza do saber que permeia a relação;
- 3) a característica das instituições.

(SUCUPIRA, 1981:229)

Estas contingências especificam a interação médico-paciente. A avaliação do médico pelo paciente vai ser construída através de representações que percorrem os pontos do espaço de inserção das instituições, da procedência dos usuários e do objetivo pelo qual estes usuários se encontram naquele espaço, que num momento final espelha a auto-confiança do médico em lidar com a doença.

Os usuários buscam, em primeiro lugar, resolver seus problemas com a doença, mas podem, eventualmente, cuidar da saúde se a procedência daqueles dirigir o discurso médico para coerção através de repreensões, punições ou silêncios, quando sua origem está nas classes subalternas; ou então, de permissividade, explicações e conversações que garantam a persuasão através do reconhecimento do saber do médico, pois há uma identidade entre os valores e experiências vivenciadas pelo médico e pelos pacientes, quando estes provêm da mesma classe social.

Os valores e os conceitos ordenados segundo esquemas lógicos distintos, constituindo visões de mundo diferentes, terminam por caracterizar aparentemente

dois discursos que se desenvolvem paralelamente na consulta e que caracterizam o diálogo possível (SUCUPIRA, 1981:274).

Em relação às características do discurso se observa por parte destes a impessoalidade do vínculo mantida através da concessão de fala ao paciente que é interrompida por questões e por ordens, porém o silêncio "mantém o tônus da dominação" (Idem, p. 259) numa consulta para pacientes de baixa renda, enquanto que, para os que se aproximam da classe social do médico (pacientes conveniados ou particulares), o médico responde mais às questões do paciente permitindo um diálogo em oposição ao monólogo singular da situação anterior (BOLTANSKI, 1989).

Quando as condutas e orientações são impostas de forma autoritária, a adesão da clientela é menor e as resistências se manifestam mais nitidamente. No inverso, às práticas persuasivas, que se apoiam na legitimidade do saber médico, nas quais a transmissão daquelas normas se acompanha de explicações que as fundamentam e lhes conferem um significado, encontram na clientela uma assimilação maior (SUCUPIRA, 1981:284).

3.4. O encaminhamento para outros Profissionais

O suporte afetivo desta relação se exprime pela impessoalidade e pela ausência de responsabilidade individual do médico pelo paciente, dada a sua ocorrência no interior das instituições.

É este caráter impessoal da relação médico-paciente que cria condições para o encaminhamento, e a relação que se caracterizava por um relacionamento individual adquire um caráter de atendimento grupal.

O desenvolvimento crescente das especialidades médicas e mesmo "a multiplicação de disciplinas, de objetividades discursivas especializadas, que é uma das características mais importante da racionalidade moderna" (LUZ, 1988) vem criando condições para o encaminhamento de um paciente. Criam-se as equipes multiprofissionais, atomiza-se o paciente e a sua unidade humana esvanece.

Ao longo das pesquisas, como verificamos no capítulo anterior, um conjunto diferenciado de variáveis que vão desde

considerações de aspectos estritamente biológicos até, mais recentemente, aspectos linguísticos envolvidos nos processos de leitura, constituíram a "dificuldade de aprendizagem" como uma espécie de "doença" que demandaria a atenção do especialista; ao longo do processo histórico de constituição do exercício da profissão médica, obviamente associado à pesquisa, destaca-se como fenômeno atual o encaminhamento como forma de deslocar os problemas da própria área de atuação para outra área, aquela detentora do suposto saber capaz de resolver o problema detectado. Mas é este "detectar o problema" - como uma questão médica - a condição de produção essencial para que o discurso do encaminhamento seja produzido. Já observamos que as condições constitutivas destes "pré-diagnósticos" se constroem pela passagem do discurso científico para o discurso do senso comum, através das representações sociais que vão se formando concomitantemente às relações interativas entre diferentes profissionais.

Considerando a experiência de trabalho com sujeitos encaminhados ao Setor de Psicologia do Ambulatório de Pediatria do H.C. da UNICAMP, nota-se que a origem do "discurso de encaminhamento" está no professor - primeiro tipo de profissional a fazer um "diagnóstico da dificuldade de aprendizagem". Sabendo-se que tal "diagnóstico" tem como suas condições de produção uma representação social construída pela passagem do discurso

científico ao discurso do senso comum a propósito da saúde e da doença e que a este senso comum se sobrepõe o suposto saber específico do professor, resta estudar ao menos alguns dos aspectos envolvidos na produção do "diagnóstico" e do encaminhamento que se lhe segue.

CAPÍTULO IV

PRÉ-DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTOS DOS PROFESSORES

4.1. O Contexto da Escola

Sendo a língua o principal instrumento de ensino e de aprendizagem, na escola, em todas as matérias e em todas as atividades, a compreensão dessas relações e de suas implicações, para a comunicação pedagógica é imprescindível a todos os professores e, também, a todos os especialistas que atuam na instituição (diretores, supervisores, orientadores) (SOARES, 1987:76).

A escola não é um ambiente de neutralidade, mas uma fonte de paradoxos, na qual os antagonismos das classes sociais se refletem em conflitos e contradições, preponderando os

valores, conteúdos e concepções das classes dominantes que os revestem de legitimidade.

As análises e eventuais críticas deste capítulo não são dirigidas à pessoa do professor, mas ao papel que lhe cabe num complexo jogo de peças que se encaixam. Não é por acaso que a profissão professor tem sido tão mal tratada nos últimos 30 anos.

Em consequência, no processo de ensino-aprendizagem predomina a normatização com apagamento do aluno, seus antecedentes e sua história de aprendizagem. Como trajeto praticamente obrigatório da criança e adolescente as vivências que lhes são proporcionadas se caracterizam pela "repartição do certo e errado" preparando o terreno para o preconceito, o estigma e a exclusão.

As escolas destinadas às populações das periferias de um modo geral têm prédios não conservados, com goteiras, vitrôs quebrados, carteiras insuficientes, quebradas ou inadequadas para a estatura do aluno, banheiros em pouca quantidade ou interditados. As classes, no início do ano letivo, estão cheias, a proximidade favorece uma comunicação maior entre os alunos que se preocupam mais em aproveitar as ricas possibilidades de contato com companheiros do que com as aulas.

Os professores, por sua vez, se encontram despreparados para enfrentar adaptações diárias aos imprevistos

do local ou das maneiras como os alunos encaram os conteúdos escolares, sem falar nos baixos salários que desmotivam qualquer desenvolvimento de propostas pedagógicas que vão ao encontro dos interesses e necessidades dos alunos. Para o professor, a tarefa se avoluma e na sua prática de sala de aula vai construindo critérios para lidar com a gama de dificuldades diárias, dentre as quais interessa aqui, fundamentalmente, a questão da separação entre aqueles que aprendem e aqueles que não aprendem, já que são alguns dos situados neste último grupo que serão encaminhados para "tratamento" externo à escola.

Obviamente, a primeira separação obedece a diferentes critérios, há uma expectativa de aprendizagem de um conteúdo específico cujo domínio pelo aluno é esperado ao final de um conjunto variado de exposições e exercícios. Aqueles que não conseguem "dar conta" são imediatamente rotulados de "fracos", independentemente de serem consideradas suas histórias de vida pregressas. Coincidentemente, os "fracos" são também os filhos daqueles mais excluídos do convívio com a cultura e a linguagem valorizadas na escola. Usando os termos de BOURDIEU (1983), não dispõem do "capital lingüístico escolarmente rentável".

É sobre este conjunto já constituído ("os fracos") que se processa outra seleção: aqueles que não aprendem por vadiagem e aqueles que não aprendem porque portadores de alguma "dificuldade de aprendizagem", algum "mal secreto" que é

preciso diagnosticar e encaminhar para "tratamento adequado". Encaminhar é ainda dar uma chance - na ideologia contemporânea da doença, o sujeito não é responsável individualmente por ser "portador". Para os "vadios", resta a reprovação continuada e por fim a exclusão.

Trabalhando com "sujeitos encaminhados", meu estudo procurou detectar os critérios usados pelos professores para encaminhar alunos aos serviços "médicos". A pesquisa foi feita através de uma questão - que critérios você utilizaria para diagnosticar a "dislexia"?¹ que foi respondida por escrito por 13 professores alfabetizados e 15 pedagogos, e suas respostas são o objeto deste capítulo.

O modo como está organizado o processo ensino-aprendizagem, no qual o professor desencadeia certas análises superficiais das questões envolvidas neste processo, convida a que ele tenha outras convicções e poucas dúvidas sobre os elos que se quebram em alguns momentos. Em nome de concepções cristalizadas - e poucas vezes revistas - do que seja tal processo há uma série de posições tradicionalmente tomadas pelo professor: existe uma divisão exclusiva entre ensino (o que o professor faz) e aprendizagem (o que o aluno deve fazer); o ensino, tradicionalmente, tem se firmado como adequado, normalidade, desvio e doença são próprias de cada pessoa;

alfabetização depende de maturação neurológica e torna-se efetiva através do treino de destrezas.

Como critérios para seleção dos alunos que serão encaminhados, os professores adotam a comparação dos alunos entre si, a história de sua experiência pessoal com o ensino, as concepções de aprendizagem e as expectativas de aprendizagem dos alunos.

Em um primeiro momento o professor compara os alunos entre si e os separa em dois grupos: os que aprendem e os que têm dificuldades:

Observação direta sobre o comportamento do aluno em relação aos demais pois o mesmo apresenta condições boas para uma boa aprendizagem...

Além da comparação entre os alunos, o professor alfabetizador se utiliza da sua própria história profissional, pois o sucesso obtido com determinadas experiências anteriores, com conteúdos, métodos, procedimentos e mesmo estratégias permitem-lhe uma comparação freqüentemente de caráter normativo, uma avaliação positiva que lhe garante a continuidade na mesma prática pedagógica. Face à garantia desta experiência, o problema não é "pedagógico", quem não aprende é aquela criança em especial. Neste momento, pode-se identificar

uma concepção equivocada de ensino-aprendizagem na qual o professor tem o papel de ensinar (e o faz bem) e o aluno tem o papel de aprender (e alguns fazem-no bem, enquanto que outros - os divergentes ou doentes fazem-no mal).

Um outro critério é uma expectativa que ele tem de aprendizagem... pois o mesmo apresenta condições boas para uma boa aprendizagem...

Na verdade, rotular com esta expressão "condições boas", é retórica e portadora de um caráter impreciso típico de expressões vazias de significado, tanto que o professor não se preocupa em descrever o que ele considera condições boas no comportamento observado daquele aluno.

Diante da criança que não aprende, há necessidade de se tomar uma decisão e a primeira delas é utilizar recursos para ensinar a criança.

Um dos principais recursos do professor é a disciplina já que a disciplina conduz ao sucesso. Um conjunto de práticas repressivas como ser colocado em ridículo, ser colocado para fora, ir para a diretoria, ficar depois da aula, não sair para o recreio, tarefas extras, levar bilhete para convocação dos pais são utilizadas como tentativa de controle dos comportamentos dos alunos.

Não são atitudes que caracterizam um ato pedagógico, mas podem até passar por tal quando exercidas dentro dos muros da escola.

Os alunos, por sua vez, "viajam", esquecem, suspiram, bocejam, arrastam os pés, estalam os dedos, conversam e aceitam os castigos. Os outros colegas de turma fazem gozações, colocam apelidos, não o aceitam em grupos de estudo, queixam-se do colega para os professores.

Nestas primeiras tentativas, o modelo de desvio social é que subjaz às atitudes dos professores. As condutas são classificadas por excessos ou faltas, e o professor se instrumenta para ensinar os "comportamentos esperados pela sociedade. Se o aluno, apesar de todo o controle exercido pelo professor, não obtém sucesso com o conteúdo acadêmico, é eleito para reprovação e deve fazer novamente, no ano seguinte, em uma outra turma, o que não deu conta neste ano, mas no ano seguinte todas as condições se repetirão.

Quando o professor começa a suspeitar que possa ser doença? Quando ele compara os alunos com suas classes anteriores e os divide em dois grupos; os hipoativos e os hiperativos.

Através da veiculação de um senso comum os médicos já convenceram os professores de que movimentação (base do comportamento exploratório) pode envolver um sintoma de um

problema neurológico. O que intriga na realidade não é ser agitado ou quieto, mas não aprender e como os médicos já alertaram que crianças hiperativas ou agitadas têm problemas neurológicos, para os professos problemas neurológicos passam a ser determinantes de "dificuldade de aprendizagem", ou de deficiência.

Os primeiros são quietos, não têm problemas de disciplina e parece que entendem como se deve trabalhar na escola, porém não produzem. Diante desta discrepância, provavelmente existe doença, deficiência no aluno pois as boas condições do aprender estão presentes e a criança não aprende.

Quanto aos hiperativos, as boas condições do aprender também não foram suficientes, apesar de não demonstrarem deficiências, com alguma certeza deve ser um outro tipo de doença, pois o aluno não consegue controlar seu corpo.

Ao final desta constatação, o professor não vê outra alternativa se não o encaminhamento, e num exercício de auto-reflexão justifica a não aprendizagem. Se a maioria faz o que o professor propõe nas aulas e quando se submete às avaliações também corresponde à expectativa, cria-se um critério de uniformidade e a discrepância só pode ser explicada a partir de um psicologismo difuso: o indivíduo deve abrigar o problema.

Esta conclusão abre a possibilidade para o diagnóstico especializado, em que o atendimento individualizado

é condição de avaliação. Por esta via, pode-se atingir a origem do problema, uma vez que os "erros" persistem diante do mesmo material e do mesmo ensino.

A observação do professor tem um caráter avaliador, exerce um controle sobre o conhecimento do aluno e, através deste exerce-se o controle social. A avaliação permite definir o que o aluno deve saber sobre um assunto; se já sabe tudo o que deve e apenas o que deve saber, e se sabe como deve saber.

Estes critérios são unidirecionais e se baseiam em apropriações do senso comum de conhecimentos veiculados pela medicina ou pela psicologia, disciplinas que consideram o indivíduo ora como organismo, ora como pessoa, e muitas vezes se utilizam de conceitos como doença e doença mental sem as análises contingenciais que considerem os aspectos socio-culturais.

A unidirecionalidade é uma atitude que elimina a relação, a troca ou a possibilidade de influência mútua. Ela sustenta-se sobre concepções ideológicas ou de senso comum e são portanto carregadas de julgamentos enviesados, baseados em preconceitos ou pré-concepções.

Esta unidirecionalidade se apresenta como uma atitude pessoal, mas revela opiniões partilhadas por grupos, como é o caso dos preconceitos sociais, que, do ponto de vista da pessoa

que o expressa, têm uma conotação de "natural", estando presentes não só na sala de aula:

Eles, com efeito, estudaram o "homem" (ou seja, o europeu branco de sexo masculino), considerando esse grupo como padrão de medida que consagrava inferioridade de qualquer outro grupo humano (GOULD, 1991, p. XIV).

Os professores alfabetizadores entrevistados estão impregnados desta ideologia e tratam seus alunos com este viés.

4.2. Critérios do Professor Alfabetizador

Quando os critérios de racionalidade da idade moderna estabeleceram uma relação de alteridade com o natural, e o cosmo foi desacralizado, houve a possibilidade de se constituir o cognoscível.

Nessa nova ordem, "a prática cotidiana da observação, ou mais exatamente, da observação como prática sistemática da descoberta e da invenção" se transforma numa heurística de

recriação continua "através da busca de evidências empíricas e de significados racionais que se encaixam uns nos outros, uma ordem de sentidos, que se constróem como um quebra-cabeça" (LUZ, 1988:21).

O fundamental nesta visão é a inteligência considerada como capacidade de intuir. A razão é o sujeito do conhecimento. Assim procede o professor alfabetizador. Ele observa a criança, faz o pré-diagnóstico, convoca os pais com um duplo objetivo: para confirmar algumas observações e para persuadi-los a se responsabilizar pelos encaminhamentos e, então encaminha as crianças para avaliações médicas ou multiprofissionais.

Numa população de 20 professores alfabetizadores 13 (65%) descreveram critérios para diagnosticar a "dislexia" nas crianças e explicitaram os procedimentos que utilizaram.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA
Observação	13
Pré-diagnóstico	13
Persuasão	11
Encaminhamentos	11

O que aconteceu que os professores tinham tanto espaço e status há alguns anos atrás e hoje isto não existe mais?

Numa comunidade, padres, juizes, médicos e professores eram considerados os líderes. O que foi feito com os professores que perderam, como classe profissional, este espaço e posição?

A partir de um período na história da educação brasileira houve a necessidade de que ocorresse o desmonte da escola pública. Vários fatores colaboraram para isto: a prioridade dada a certas práticas pelo regime político brasileiro como a disseminação, com baixa qualidade, dos cursos de formação profissional para professores (e outros profissionais também); a inserção no mercado de trabalho de profissionais não qualificados, em paralelo, com um achatamento salarial progressivo; a conseqüente desvalorização da profissão e a busca por técnicas, métodos, material didático e novas pedagogias.

Como fecho de todo este conjunto, os professores tiveram que abrir mão do que sempre fora seu desígnio social - o espaço pedagógico - em detrimento de novos valores, desviando-se das trilhas de análise dos processos de aquisição, pois sequer compreendiam as avalanches de mudanças à sua volta.

Deslumbrados pelos cânones do pensamento científico positivo, professado por médicos e psicólogos numa versão acrítica do novo sistema, se juntam a eles num novo movimento - a patologização - que visa garantir a explicação para o fracasso e a exclusão das crianças das camadas populares das escolas públicas, pois as particulares já não fazem parte do universo destas.

A observação relatada pelos professores inicia um conjunto de procedimentos característicos que serão adotados em relação aos alunos.

O esforço e a atenção do observador sistemático é apropriado pelo professor que, como um "cientista", descreve o que vê. O professor, no caso, exerce sua intuição. A observação recebe várias especificações. Ela pode ser *com muita atenção* ou *direta sobre o comportamento do aluno* ou ainda:

Eu utilizaria a observação constante e direta em todos os movimentos e atitudes da pessoa a ser diagnosticada.

Durante a observação o professor pode ser surpreendido por condutas paradoxais da criança como:

Observei a criança com uma conduta ativa, esperta e aparentemente inteligente e no entanto apresentando uma certa incapacidade de aprender a ler e a compreender a linguagem escrita; não diagnostico nada, apenas desconfio que haja alguma coisa, então entro em contato com os pais para procurar a pessoa especializada para diagnosticar o que há.

Para este professor o que o intriga é a atividade, esperteza e aparente inteligência que permitiria aprender mas a criança não aprende a ler ou a compreender a linguagem escrita.

Para o professor o paradoxo é personificado por alguma coisa que justifica o encaminhamento para um diagnóstico.

O encaminhar é a confirmação do pré-diagnóstico e a oportunidade de legitimação do diagnóstico.

Numa visão biologizante, que implica em reconhecer uma "doença", a alguma coisa pode ser batizada de "imaturidade neurológica", "desnutrição", "hiperatividade" e "dificuldade de aprendizagem". Todas estas possibilidades já adquiriram no nível do senso comum o status de "doença". Elas ou esta alguma coisa justificam um encaminhamento.

O pré-diagnóstico tem implícito um critério de exclusão, pois fatalmente levará ao encaminhamento e uma vez este consumado caracteriza-se a criança como fonte do problema. A atitude "cuidadosa" de encaminhar ao especialista funciona como retroalimentação para o professor nos futuros encaminhamentos, e seguem-se os mesmos passos na identificação do problema, segundo este professor:

Primeiro através da conversa com a criança durante o período preparatório.

Se confirma quando se inicia a alfabetização.

Neste momento e a medida que se vai avançando com a leitura e a escrita, tem-se a confirmação de que a criança é disléxica.

Procura-se encaminhar para os profissionais competentes, quando os pais concordam.

A professora desta criança tem uma expectativa auto-realizadora (ROSENTHAL e JACOBSON, 1968) do problema que se confirma passo-a-passo.

Esta expectativa descreve os momentos, as situações em que ocorreram as observações e que comportamentos foram observados em uma sequência cronológica e de maior complexidade.

MOMENTOS	SITUAÇÕES	COMPORTAMENTOS
Primeiro Após	Período Preparatório Alfabetização	Conversa Leitura e Escrita

Com isto, a professora demonstra que observou bem as conversas, a leitura e escrita da criança para executar o pré-diagnóstico: têm-se a confirmação de que a criança é dislética.

É importante ressaltar que dentro do espírito científico da idade moderna o professor observou, com todo o suposto rigor sistemático, e, através da comparação com sua experiência anterior, intuiu que a criança deve ter um problema: a "dislexia".

Esta maneira de encarar o "problema" centra-se na criança e dificilmente o professor considera a si próprio como um integrante do processo ensino-aprendizagem, como ressaltava LEAL (1991).

Problemas cuja causa encontra-se na criança descartando a possibilidade de interferir neles a metodologia usada pela professora, ou outros aspectos pedagógicos tais como: a visão que ela tem do processo de alfabetização, a avaliação que faz da

criança, a idéia que tem das dificuldades de aprendizagem das crianças. No máximo ela poderia considerar fatores sociais ou psicológicos, que interferem na aprendizagem, mas em nenhuma das hipóteses estariam as estratégias de ensino usadas por ela, nem a possibilidade dela ter alguma interferência nas dificuldades apresentadas pelas crianças" (p. 51).

De fato, neste momento o que está ocorrendo é uma avaliação da criança de acordo com os pressupostos educacionais que por sua vez espelham o controle do (não) conhecimento (o que a criança não sabe) para desta forma garantir o controle das hierarquias sociais. O que se impõe é uma determinada expressão e uma relação com a cultura que elimina não só outras culturas mas também diferentes relações com a cultura escolarmente valorizada.

SOARES (1987) acusa o enfoque psicológico do ensino de estar comprometido com uma ideologia do dom ou do mérito que nada mais propicia além de "transformar as desigualdades de fato em desigualdades de direito" (p. 50).

Em termos práticos esta ideologia leva à organização de diferentes escolas para diferentes classes sociais e a mecanismos de auto-seleção que correspondem a expectativas de

exclusão que os estudantes desenvolvem em relação às ofertas da escola e suas necessidades pessoais (BOURDIEU e PASSERON, 1975). Torna-se fácil entender os motivos do sucateamento da escola pública.

Saliente-se, no entanto, um aspecto que o professor considera. Ele não tem o pátrio poder e não pode por isto encaminhar as crianças para "avaliações com especialistas". Ele, então, necessita "motivar" os pais para fazê-lo:

Conversa com os pais, procura orientá-los e pedir que observem as atitudes da criança em casa...

Ou ainda:

...falar com os pais...

...neste caso, em contato com a família conclui-se que a maneira como foi educado, criado, veio afetar bastante seu desenvolvimento, principalmente o escolar, aluno este totalmente dependente, inseguro e que apesar dos seus dez anos, muitas vezes age como bebê, chegando até não se defender em coisas mínimas para a idade dele.

Esta última fala revela uma apropriação, no nível do senso comum, de que aspectos familiares ligados à criação produzem problemas na escola. A ênfase aqui é dada ao aspecto psicológico, ao psicologismo ou melhor à patologização que perpetua o viés de penalizar a criança por seu fracasso.

O círculo psicológico das interações humanas, sem as análises contingenciais que levam à análise das estruturas sociais e suas reproduções pelas diferentes classes sociais (BOURDIEU e PASSERON, 1975) penaliza duplamente o professor e o aluno, mas como o primeiro nas estruturas de poder da escola tem o poder de decidir e avaliar "capacidades" e "competências" o aluno é sempre o incapaz, com uma justificativa ideológica.

A ideologia do dom oculta-se sob um discurso que se pretende científico: a existência de desigualdades naturais... que explicariam as diferenças de rendimento escolar (SOARES, 1987:10).

E é preciso não só culpabilizar a criança. Também os pais devem aceitar a culpa individualizada. Num suposto respeito ao pátrio poder, o professor necessita que os pais se convençam e se responsabilizem pelos encaminhamentos, razão pela qual os professores "orientam" os pais:

Conversa com os pais, procura orientá-los e pedir que observem as atitudes da criança em casa (grifos meus).

Se os pais observam o que o professor descobriu (e seu "olhar" é orientado para descobrir), o poder de convencimento do pai aumenta não por causa da observação em si, mas por chegar às mesmas descobertas. BOURDIEU (1983) na sua interpretação das condições sociais concretas de instauração de comunicação, afirma que os professores exercem poder e domínio sobre os pais. O seu papel na comunidade e na estrutura escolar confere-lhe preponderância na economia de trocas simbólicas:

Assim, as relações de forças simbólicas presentes na comunicação lingüística definem quem pode falar, a quem e como; atribuem valor e poder à linguagem de uns e desprestígio à linguagem de outros, impõem o silêncio a uns e o papel de porta-voz a outros (SOARES, 1987:56).

O professor, porém, demonstra "zelo de não interferir em terreno alheio" afirmando:

Não diagnostico nada, apenas desconfio que haja alguma coisa, então entro em contato com os pais, para procurar a pessoa especializada para diagnosticar o que há.

Uma vez comunicado seu "achado" e com a ciência, persuasão e consentimento dos pais, faz-se o encaminhamento: procura-se encaminhar para os profissionais competentes, quando os pais concordam.

Os profissionais competentes seriam aqueles que por força de lei da regulamentação de suas profissões e amparados por seus conselhos profissionais podem legalmente confirmar estes diagnósticos prévios dos professores.

Como foi colocado no capítulo primeiro, o número de profissionais que recebem as crianças encaminhadas foi aumentando ao longo deste um século da existência da "doença". Por força da história, esta criança iniciou-se com os neurologistas, continuou com os psicólogos e mais, recentemente, conta com os fonoaudiólogos e psicopedagogos.

A medicalização do fracasso escolar (COLLARES e MOYSÉS, 1986) coloca o médico como tendo dois tipos de conduta profissional, uma de diagnóstico e outra de diagnóstico e encaminhamento.

A mudança na conduta profissional ocorre de acordo com a classe social da criança: se é de classe trabalhadora é considerada "desnutrida" e consequentemente deficiente intelectual (a criança está diagnosticada e fica resolvido o problema para ela e para a professora que a encaminhou); se é de classe média ou de classe alta, há o recurso do encaminhamento para a equipe multiprofissional, pois na sua formação profissional ele aprendeu que as questões do desenvolvimento psicológico (afetivo, cognitivo, social, lingüístico) fogem do âmbito do organismo e devem ser distribuídas para uma equipe, como se a criança fosse ela mesma dividida. —

A segmentação da criança, análoga à segmentação do conhecimento, mostra de maneira enviesada e acoberta, no suposto respeito às especialidades, "a formação inadequada dos profissionais de saúde e de educação" (COLLARES e MOYSÉS, 1986:13).

Na realidade, o médico e o professor se complementam numa visão inadequada do processo ensino-aprendizagem. Do lado do médico há:

...ausência de contato com questões sociais dentro de uma perspectiva crítica e histórica, valorização exagerada das especialidades no mercado de trabalho,

a formação baseada em literatura de língua inglesa sem a necessária revisão de conceitos para nossa realidade, a falta de discussões sistematizadas sobre o papel social da medicina, entre inúmeras outras questões, tornam o médico bastante receptivo, acriticamente, à difusão de "novas teorias" sobre "novas doenças", com "novos tratamentos", enfim, uma "nova morbidade" (COLLARES e MOYSÉS, 1986:10).

...pouquíssimas escolas médicas brasileiras incluem em seu currículo, mesmo na especialização em pediatria, o conhecimento da criança em idade escolar, seja em termos de desenvolvimento cognitivo, seja em termos de saúde física. E é esse pediatra, não habilitado para lidar com escolares, que começa a receber, em seu consultório ou ambulatório, crianças em busca de solução médica para um suposto distúrbio de aprendizagem, encaminhadas pela família ou pela própria escola (COLLARES e MOYSÉS, 1986:10).

No consultório médico, conforme a procedência da criança, o tratamento se diversifica. Quando sua origem está nas classes trabalhadoras a justificativa médica para o

problema é a "desnutrição" e ele dá a palavra final. Se a criança vem de uma classe social com poder aquisitivo o diagnóstico é dado por uma equipe multiprofissional de especialistas (13 professores solicitam isto) como se o problema envolvesse uma multiplicidade de áreas que justifique a ampliação do mercado de trabalho para outros profissionais.

O professor faz o pré-diagnóstico e encaminha para legitimar seu ato.

Um diagnóstico que, para este tipo de criança, já estava presente desde o momento em que foi encaminhada para investigação médica... (Idem, p. 12).

Do lado dos professores, as agências formadoras de profissionais não fornecem uma formação crítica que os permita analisar "a forma de inserção da família na sociedade" (Idem, p. 14).

Na prática, é mais um mecanismo de controle da população, pois se nega a ela a discussão dos reais determinantes de suas condições de vida, colocando-se as questões sociais e econômicas sob a ótica do

esforço individual como meio de ascensão social
(COLLARES e MOYSÉS, 1986:14).

Noções de higiene e nutrição são escamoteações do problema por parte da escola que interpreta a falta de condições de sobrevivência social como resistência das pessoas em aprender e mudar seus hábitos.

4.3. Como as Crianças se Percebem

Quando as crianças são encaminhadas para o Hospital de Clínicas, que fatos relatam e que me permitem partilhar as reflexões com os autores citados? Os relatos se referem às condições de vida familiar, às percepções que a criança têm da escola e do professor, às suas experiências em casa.

Freqüentemente uma entrevista era marcada com uma criança, para iniciar sua avaliação, e as mães não compareciam pelos mais diferentes motivos: chovia e o acesso à condução era difícil, o dinheiro do ônibus havia acabado e era preciso esperar o próximo recebimento, ou era época de colheita e as crianças precisavam deixar a escola para ajudar a família,

tornando supérfluo o ajustamento escolar; ou então a família se mudava para a zona rural, lá não havia escolas e até que o domicílio familiar não se transferisse para a cidade, a criança não poderia voltar á escola; ou o pai havia perdido o emprego e a família precisava se mudar para a casa de parentes para ter abrigo e alimentos e as crianças deviam abandonar a escola; ou a escola do bairro não tinha mais vagas e estudar em outro bairro se tornava inviável.

Se, em algumas condições familiares, conseguir uma vaga numa escola assemelha-se à TOMADA DE TRÓIA, manter-se na escola, a despeito das condições acima, pode se transformar numa ODISSÉIA.

As conversas com a criança sobre a escola evidenciavam que era muito bom ir para a escola, pois lá podiam se encontrar com os colegas, brincar, comer a merenda, escrever na lousa. Quando as questões se referiam ao conteúdo do que havia sido aprendido, muitas se calavam, abaixavam os olhos ou diziam que não gostavam de estudar ou de ler e escrever, mas que matemática até que era gostoso.

As perguntas sobre como era o professor, elas diziam que ele gritava muito; batia com régua ou puxava o cabelo; xingava de burro; ficava o tempo da aula sentado enquanto uma colega copiava os pontos do livro na lousa para que a classe copiasse nos cadernos, não respeitava o tempo das crianças para

copiar as lições da lousa e quando os alunos pediam explicações respondia que já o fizera antes e não iria repetir o que já havia dito.

As crianças, na sua maioria, sabiam conversar sobre as coisas que faziam em casa como pequenas tarefas, cuidar dos irmãos menores, ver televisão, conversar e brincar com as crianças da vizinhança. Em relação às brincadeiras, têm preferências por jogos em que outras crianças estão envolvidas, como queimada, pega-pega, pique-colorido, mamãe-da-rua, esconde-esconde, futebol, vôlei e basquete, além de andar de bicicletas. Todos esses jogos implicam na compreensão e manutenção das regras que são passadas oralmente de uma criança para outra.

Na sala de Psicologia muitas lêem algumas palavras e escrevem algumas coisas e vão à lousa desenhar.

Pelas suas conversas, suas atividades diárias, suas brincadeiras e seus exercícios com palavras, números e desenhos, não deixam evidência de "problemas". O que acontece então que estas crianças não conseguem ler e escrever de acordo com as expectativas do professor? Será que a avaliação que as professoras fazem da leitura e escrita das crianças "contribui para inaugurar e sistematizar o déficit?" (COUDRY e SCARPA, 1991). Quais as concepções que as professoras têm de leitura? E de escrita? Qual o papel que elas se atribuem diante da

aprendizagem destes conteúdos por parte das crianças? Que tipo de objetivos, estratégias e dosagem de conteúdo elas selecionam para os alunos? Quais os critérios que utilizam para observar o desempenho dos alunos? Qual é o papel do aluno diante da aprendizagem da leitura e da escrita?

4.4. A Relação da Psicologia com a Educação

Para FRÖEBEL a infância é um período de vida com características peculiares e que deve ser preenchido com atividades peculiares da infância. Neste período, as crianças desenvolvem suas necessidades e interesses. E a educação infantil deve promover o desenvolvimento físico, moral e intelectual das crianças.

A linguagem, o gesto, o jogo, a música e o trabalho manual foram considerados como atividades da infância. E o ensino deveria respeitar a capacidade de cada criança. Na concepção de PESTALOZZI, isto é a psicologização da educação.

Qual a relação entre psicologização da educação e patologização da criança? A valorização da razão como modelo de

conhecimento imposta pela idade moderna, aliada ao avanço do conhecimento na solução de questões práticas criam condições para a pressuposição de que dificuldades humanas possam estar relacionadas às doenças, que são entendidas como algo não próprio do homem e que alteram a própria natureza do homem.

A preocupação de conhecer e controlar os problemas de doença e saúde da humanidade, permitiu que outras áreas do conhecimento se apropriassem de categorias como doença e procedimentos de controle como medicalização, numa elaboração do senso comum. A educação assumiu o estereótipo de doença divulgado pela medicina, atuando para remoção dos "déficits" das crianças.

Durante o século XIX, os países da Europa foram apresentando medidas governamentais em direção à democratização das escolas, isto é, educação sistemática para todas as crianças. Até esta época não havia relatos de problemas de leitura. Como vimos no Capítulo II, os primeiros relatos foram de médicos que os associavam à dislexia adquirida em adultos e passaram a denominá-la de congênita e posteriormente de "específica de evolução", numa tentativa de caracterizá-la como doença.

Até hoje estes correlatos sugerem uma origem patológica para as falhas de leitura, apesar dos problemas teóricos e dos poucos suportes empíricos (DALBY, 1986).

Após os trabalhos de STRAUSS houve um crescente interesse em se conhecer as bases biológicas da "dificuldade de aprendizagem", agora já entendidas como de leitura escrita, matemática e outras disciplinas como história, ciências, etc.

Após trabalhos de GESCHWIND e LEVITSKY (1968) e GALLABURDA (1985, 1986, 1987, 1989), houve um aumento no interesse em se pesquisar e relacionar falhas de aprendizagem da leitura e escrita à dislexia, considerando-a inclusive como a única denominação para problemas de leitura. Houve uma preocupação em deslocar para a área de saúde as crianças com problemas, além de, no sistema escolar, se abrir espaço para o atendimento de crianças "deficitárias".

Toda a literatura que se denomina psicoeducacional corresponde ao fato de que o modelo educacional passa a adotar o modelo médico no qual a tônica está em centrar nas crianças as falhas de aprendizagem, agora denominadas de déficits de habilidades cognitivas ou de prontidão. Isto caracteriza o processo de patologização como ampliação do processo de biologização para aquelas crianças nas quais não podiam ser detectados problemas biológicos.

Os educadores em primeiro lugar, e posteriormente os psicólogos, por razões de constituições históricas de suas disciplinas, além da especificidade de suas áreas de atuação, de objetos de estudo e instrumentos de trabalho, têm tentado

identificar as maneiras mais apropriadas da criança aprender e do professor ensinar.

Com o crescimento do interesse dos profissionais, por questões ligadas à "dificuldade de aprendizagem", cada vez mais se verifica a preocupação em explicar as diferenças das crianças em relação às tarefas acadêmicas como também um empenho em identificar os processos e as habilidades que necessitam ser enfraquecidas ou fortalecidas.

A identificação de déficits no processo psicoeducacional consiste na criação ou aplicação de instrumentos para avaliar as dificuldades e domínios na percepção, cognição, habilidades psicolinguísticas e psicomotoras com vistas a uma posterior prescrição para aliviar ou sanar tais problemas.

A concepção que sustenta este modelo de abordagem é uma transferência do modelo médico, entendido aqui como uma condição orgânica que interfere no funcionamento do organismo, para o modelo psicoeducacional.

Neste novo modelo, o patológico, o anormal é definido como a presença de um "processo" ou "déficit na habilidade" que dá sustento à aquisição da conteúdos acadêmicos. E o "déficit" passa a ter uma conotação social de diferença negativa, "desvio do normal", "fraqueza", contexto favorável para estereótipos, estigmas e preconceitos.

O que está implícito é que habilidades perceptuais, cognitivas, psicolinguísticas e psicomotoras são pré-requisitos indispensáveis para a aprendizagem das tarefas acadêmicas e as propostas pedagógicas se centram em fornecer técnicas e destrezas para a obtenção destes pré-requisitos, colocando na criança a responsabilidade de sucessos e fracassos.

O sistema educacional, por sua vez, ao garantir a manutenção do macrossistema social de reais oportunidades para poucos, se incumbe de prever, numa perspectiva de final de século que enfatiza as especializações, a inserção de profissionais com competências para avaliar e selecionar aqueles que terão acesso à ascensão social prevista pelo sistema social.

Porém, as instituições educacionais não contam com outros profissionais além dos professores e estes, no seu contato diário com as crianças, começam a avaliar as crianças que apresentam problemas. O professor não tem formação profissional para tais avaliações e passa a fazer uso de critérios do senso comum (MOSCOVICI, 1986) para fazer suas classificações e discriminações, além de acreditar em doença eliminando a própria responsabilidade do processo de ensino, transferindo-o para o processo de aprendizagem como se este fosse independente daquele.

Já vimos que os critérios usados pelos professores para realizarem seus "encaminhamentos", que supõem um pré-diagnóstico, resultam de um conjunto heteróclito de informações incorporadas ao senso comum. Sabe-se que a pedagogia é um ramo do conhecimento que incorporou muito do conhecimento acumulado pela psicologia e tende a ver o indivíduo como ponto de referência para análises, esquecendo-se muitas vezes de inseri-lo num contexto social.

O sujeito do positivismo está no centro como sujeito da socialização. Um sujeito que se define por sua aceitação da normatividade constitucional ou que a teoria elabora a partir de uma perspectiva que destaca o ajustamento, a integração à ordem institucional.

Socialização é uma categoria que abstrai o mínimo comum entre as múltiplas determinações do sujeito, o mínimo espaço de coincidência para entrar no jogo das instituições.

É com referência a isto que se costuma falar também de socialização positiva ou negativa. Em certas ocasiões fala-se de um processo de individualização que acompanha o de socialização e de cuja conjunção

resultaria o sujeito. Individuação tem um fundo psicológico e dá margem às diferenças individuais. Em síntese: tudo o que não é normatividade compartilhada segundo as definições institucionais entra no terreno da psicologia (EZPELETA e ROCKWELL, 1989:90).

O que caracteriza muitas vezes o trabalho pedagógico é um conjunto de procedimentos que levam os alunos a se situarem em algum ponto desta bipolaridade negativa-positiva e a justificativa para um e outro resultado fatalmente leva à individualização.

A ideologia do dom é um exemplo deste modelo teórico e constrói suas argumentações com conteúdos de senso comum. Por outro lado, o modelo marxista ortodoxo ao valorizar os macro-sistemas sociais, privilegiando a consciência de classe, não consegue explicar como, no nível das interações humanas do cotidiano, ocorre a socialização e a definição de papéis sociais.

Seria necessário, como apontam EZPELETA E ROCKWELL (1989), construir uma proposta de análise que considere os sujeitos e processos de um tipo particular: sujeitos que protagonizam processos sociais.

Se for válida a expressão, direi que se trata de processos "pequenos", de desdobramentos relativamente locais ou setoriais e com durações variáveis. Processos que em si mesmos, podem ou não ser políticos, e sempre expressam história ou histórias acumuladas, mas que o seu entrelaçamento com os grandes processos sociais sucede através de uma articulação política. Há neles também recorrências e composições que não conhecemos, próprias da escala em que sucedem. São, enfim, múltiplos e heterogêneos de processos que alimentam outros e que, ao mesmo tempo, configuram as facetas reais e concretas da sociedade. Nesses processos, são constituídos os sujeitos que, por sua vez, os protagonizam. São sujeitos construídos em e por relações sociais variadas que amiúde carregam também normatividades diferentes. Mesmo conhecendo as regras do jogo institucional, esses sujeitos são capazes de distanciar-se delas, manejá-las de fora, compartilhá-las, readaptá-las, resistir-lhes ou simplesmente criar outras novas (EZPELETA e ROCKWELL, 1989:92 - grifos meus).

Uma tal análise se caracteriza por uma relação entre o saber e a prática, em que tanto os prosseguimentos como interrupções poderiam ser percebidos em cada um dos sujeitos envolvidos como uma relação de contingências entre a história pessoal e o fazer atual.

Os papéis dos sujeitos são sociais pois eles se transformam em protagonistas nos vários níveis de integração (HELLER, 1989) podendo até reproduzir ou transformar relações sociais hegemônicas. Ser um protagonista tem implícito o caráter de heterogeneidade das relações e papéis sociais.

As atividades individuais contribuem para processos específicos de produção e reprodução social. Configuram "mundos" que, para outros sujeitos, são os "mundos dados". Recuperam e redefinem instituições construídas de antemão. Produzem valores que se integram na acumulação social. Confluem para movimentos políticos de caráter progressista ou racionário. Em todos esses processos, as atividades cotidianas "refletem e antecipam" a história social (EZPELETA e ROCKWELL 1989:26).

Num âmbito como o escolar, os sujeitos costumam integrar práticas e saberes que provêm de outros âmbitos e excluir de sua prática cotidiana elementos que pertencem ao domínio escolar (EZPELETA e ROCKWELL, 1989:25).

As pedagogas, à medida que centram nos alunos a "dificuldade de aprendizagem" fazem um recorte, selecionam uma parte do processo de interação professor-aluno. Esta abstração delinea a constituição de um senso comum - a dislexia é doença do aluno - e produz uma "realidade" para o sistema escolar de que tudo pode continuar como está, nada precisa mudar, o aluno é quem precisa sarar.

Se se fizer uma análise psicológica da interação do professor com o aluno que está apresentando "dificuldade de aprendizagem", pode-se constatar que o mecanismo de defesa de projeção está presente e o professor, acriticamente, passa a ser um elemento do (macro) sistema de ensino que criou as regras institucionais de evasão precoce.

Esta análise interna do sistema escolar numa direção de baixo para cima revela a ação do professor como lugar privilegiado de atuação que, auxiliado pelos pais quando estes são persuadidos de que seus filhos têm problemas, mantém a continuidade da escola enquanto instituição.

4.5. A visão do pedagogo

Em pergunta a vinte pedagogos sobre critérios que eles utilizavam para diagnosticar a "dislexia", quinze (75%) dentre eles responderam e pode-se constatar o seguinte resultado:

CRITÉRIOS	PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA
Profecia auto realizadora	Pré-diagnóstico	1
Prontidão	Avaliar habilidades psiconeurológicas	7
Alfabetizar é igual a treino de destrezas	Avaliar aspectos da linguagem	3
Não crítica em relação a própria atividade profissional	Encaminhar para outros profissionais	4

Nas próprias palavras dos sujeitos pesquisados:

Para diagnosticar a dislexia - no início do ano letivo já se pode perceber a dislexia, no dia-a-dia será mais claro.

O pedagogo em questão tomou para si a tarefa de diagnosticar e evidencia que no início do ano ela já é perceptível - isto é o pré-diagnóstico que se alicerça nas concepções de alfabetização como uma aprendizagem linear, e os "desvios" se caracterizam como "dislexia".

Na segunda parte de seu argumento, afirma "no dia-a-dia será mais claro", apontando para um pré-diagnóstico que se auto-realiza, uma expectativa que se confirma passo-a-passo. Os valores, as crenças, expectativas e atitudes que o pedagogo tem em relação aos desvios de alfabetização se confirmam e mantém o circuito para que novas "profecias" se façam.

Quando BERNARD SHAW escreveu PIGMALIÃO desenvolveu um tema que se baseava numa crença: de que um professor de fonética poderia corrigir os erros da florista e ensiná-la a falar corretamente. A profecia auto-realizadora tanto pode ter um aspecto positivo, como SHAW, quanto um negativo como este pedagogo a descreveu.

O segundo grupo de argumentos tem como critério a prontidão.

Quando a criança está na fase de alfabetização, ela começa a escrever invertido pela falta de lateralidade, orientação espacial, percepção, etc...

De fato, este pedagogo apresenta uma explicação de senso comum, que faz uso do que COLLARES e MOYSÉS (1993) denominam de raciocínio clínico tradicional - o que causa o quê - embaixo da pele da criança. A falta das habilidades psiconeurológicas causa a inversão. Este raciocínio faz o elo entre os conjuntos de habilidades entre si: as psiconeurológicas e a leitura e escrita.

A explicação para o fato parece se aproximar mais da possibilidade que o aluno tem de escolha entre as várias possibilidades do sistema de escrita do português e este aproxima-se do que lhe parece mais provável.

O pedagogo se refere às crianças que estão começando a aprender a escrever, mas suas "dificuldades" têm para ele uma causa biológica. No entanto, é mais provável que o desconhecimento por parte do professor de como ocorre este processo de aprendizagem seja causa do pré-diagnóstico que faz. Uma inversão ou um erro ortográfico são esperados quando se inicia uma aprendizagem, já que a criança, quando começa a escrever na escola, lida com as contingências que cercam a

aprendizagem neste contexto e com sua história anterior de contato com a escrita.

Para ROCKWELL (1987) são três as dimensões da apropriação de leitura e escrita (apropriação do sistema de escrita em si, o uso escolar da língua escrita, e o acesso a outros conhecimentos escolares mediante a língua escrita). Isto implica que os professores tenham que ter clareza sobre o que pretendem dos alunos e em quais circunstâncias.

Quando a instituição caminha junto ao desenvolvimento conceptual da criança, quase qualquer metodologia pode ter êxito, onde se desobedece a esse conceito, e onde se vai mais além de tal alcance, quase qualquer metodologia pode fracassar ou criar dificuldades (DOWNING, 1987:185).

Outro aspecto salientado pelos professores diz respeito à concepção de que alfabetizar é treinar destrezas. Daí a preocupação em otimizar os "aspectos lingüísticos".

Inversão ou troca de letras e fonemas. Dificuldade na linguagem (fala).

Este pedagogo já incorporou a definição de que dislexia é um problema lingüístico, porém numa perspectiva psico-educacional, que é a visão do senso comum, do modelo biológico aplicado à educação.

O treino de habilidades tem como critério um "déficit" que deve ser recuperado. Nesta concepção há pré-requisitos psicomotores, cognitivos, perceptuais e psicolingüísticos que são considerados como condições para o desenvolvimento das habilidades acadêmicas. Os chamados erros mostrariam, nessa perspectiva, que se estas habilidades não se desenvolvem, há um "déficit" nas crianças, um "defeito" que pode ser recuperado. A educação fornece a "solução" da recuperação uma vez que isto é um problema "interno" da criança, não há relação com métodos ou experiências educacionais insatisfatórias. A "solução" é educacional e encoberta objetivos e valores sociais como COLLARES e MOYSÉS (1986) denunciam com a palavra escamotear. Uma "solução" que se faz passar por tal, mas que de fato dá legitimação aos objetivos e valores sociais de sua época histórica.

Outro argumento neste mesma linha patologizante, pode ser detectado nas descrições do professor sobre o aluno.

O disléxico lê monótona e lentamente, às vezes há dificuldade na passagem do final de uma linha para a

seguinte. A pontuação pode não ser respeitada. A leitura silenciosa geralmente é impossível.

Apresentam dificuldades de compreensão do que lêem.

A sua leitura é má, costuma-se fazer sílabas por sílabas

Confusão de letra simétricas, p e q, n e u, b e d, g e q.

Confusão de letras foneticamente semelhantes, t e d, p e b, q e c.

O disléxico, no início do curso primário, costuma ir bem em todas as matérias, porém em leitura e linguagem não.

Nestas descrições percebe-se que, além da metodologia, os critérios para análise do desempenho em leitura e escrita não são os critérios específicos da aquisição destes processos complexos, mas critérios baseados no desconhecimento de instrumentalidades, cuja tendência é desaparecer à medida que a criança é exposta, a um conjunto variado de textos. Tais critérios são utilizados como normas para comparação, como por exemplo, ausência de erros ortográficos. Isto se torna altamente discriminatório para quem não utiliza cotidianamente o dialeto padrão.

CAGLIARI (1989) mostrou que as crianças têm hipóteses a respeito da maneira como se escreve uma palavra, e tais hipóteses muitas vezes não coincidem com as normas do sistema de escrita do português. Isto para os pedagogos não caracteriza um ensaio, é simplesmente um erro.

Um outro grupo de pedagogos faz do encaminhamento o procedimento possível.

...Não é possível realizar o diagnóstico de dislexia sem a ajuda de outros profissionais.

Através de avaliação foniátrica, fonoaudiológica, neurológica (este para negar a existência de qualquer distúrbio neurológico) de otorrino e oftalmologista (negar a existência de distúrbios auditivos ou visuais).

Se não apresentar "problema" nenhum, não ficaria mais fácil questionar o modo de ensinar? Ou ainda se pode questionar a criança?

Veja-se o que dizem os professores sobre o que seria "dislexia":

Leitura, escrita, lateralização, orientação têmporo-espacial, esquema corporal, análise-síntese, discriminações visuais e auditivas, avaliação motora, atenção e memória abstrata, aspecto emocional, avaliação neurológica, avaliação oftalmológica.

Estes critérios seriam pesquisados pelos psicólogos, mas para um diagnóstico fidedigno seria levado em conta os pareceres neurológico, oftalmológico, pedagógico e fonoaudiológico.

Diagnosticar esta patologia não é uma tarefa fácil para um único profissional visto que a origem até hoje é motivo de polêmica. Uns acreditam ser psicológico, outros neurológico. O critério básico que utilizaria para fechar um diagnóstico consciente é com a ajuda de outros profissionais fazendo um trabalho multidisciplinar, para não correr o risco de rotular uma criança de disléxica.

Recorrer à equipe é uma solução de desfolhamento da criança e às vezes finaliza em nada.

É difícil procurar o que não existe!

NOTAS DO CAPÍTULO IV

- 1) O papel de cada profissional na cadeia proposta pelo sistema social se reflete no sistema educacional, que fatalmente levaria ao fracasso escolar. Nesta perspectiva, a palavra diagnosticar tem sentido sobretudo para um professor que inicia a cadeia da patologização. Após o diagnóstico final do médico, ou de uma equipe multiprofissional fecha-se o círculo vicioso confirmando o primeiro diagnóstico. Reavaliando esta questão numa outra perspectiva, comprometida com os processos de aquisição de leitura e escrita, e os sujeitos que delas participam a formulação de uma pergunta como esta não teria sentido.

CAPÍTULO V

DESCRIÇÃO DE ESTUDOS DE CASOS DE CRIANÇAS COM "DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM" DA LEITURA E ESCRITA

Neste Capítulo, descrever-se-ão três estudos de caso que ilustram os instrumentos de avaliação e o acompanhamento de crianças encaminhadas com "dificuldade de aprendizagem" da leitura e escrita, realizados no Setor de Psicologia do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

CASO 1

a) História Pessoal

A.R.P.

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 30/03/78

Em abril de 1990, A.R.P. foi matriculada no Hospital de Clínicas (UNICAMP) para tratamento de asma e rinite alérgica.

Sua visão, audição, desenvolvimento neuropsicomotor e eletrencefalograma (E.E.G.) são normais e nunca apresentou problemas de controle de esfíncter.

Não apresentou antecedentes mórbidos familiares e dentre as doenças infantis teve verminose e sete pneumonias.

Sempre teve bom relacionamento com os pais, irmãos, primos tios e avós. Executa suas obrigações rotineiras e frequenta regularmente a escola, pois a família acredita que estudando terá melhores oportunidades de sobrevivência social.

É uma garota querida pelas crianças e adultos da vizinhança, gosta de brincar de pique, pega-pega e queimada.

O que se verifica até o momento é que não apresenta antecedentes mórbidos e nem problemas de conduta ou relacionamento que impeçam o seu desempenho escolar.

b) Avaliação do Nível Intelectual

Quanto à caracterização do nível intelectual A.R.P. fez uma avaliação na APAE de sua cidade, por indicação da escola, e não foi admitida por não ser deficiente mental. No entanto, o professor não se contenta com o diagnóstico de normalidade da garota e encaminha-a para nova avaliação no H.C./UNICAMP.

Apesar de não revelar nenhum aspecto que indicasse um comprometimento intelectual foi submetida à ESCALA DE MATURIDADE MENTAL COLUMBIA (Anexo I) cujo resultado mostrou que A.R.P. realmente encontra-se com uma idade mental que a situa na faixa normal de inteligência.

c) Avaliação para Início da Aprendizagem e Escrita

Foram aplicados dois testes de leitura: 1) o REVERSAL TEST (Anexo II) cujo resultado indicou que A.R.P. está completamente madura para a leitura (82 pontos), 2) O TESTE ABC (Anexo III) não evidenciou problemas para a aprendizagem da

leitura (17 pontos). A.R.P. se recusou a fazer a prova do Anexo IV.

d) Avaliação do Comportamento Adaptativo

Quanto à avaliação do comportamento adaptativo, não ficou registrado nenhum tipo de atraso ou inadequação através da ESCALA DE MATURIDADE SOCIAL DE VINELAND-DOLL (Anexo V). E as ESCALAS DE HABILIDADES SOCIAIS e de AUTO-EXPRESSÃO (Anexo VI) não evidenciaram nenhuma dificuldade no relacionamento com as pessoas, nem na expressão de seus sentimentos, conforme já havia sido registrado nas entrevistas com a criança.

Os instrumentos utilizados na avaliação de A.R.P. como a ESCALA DE MATURIDADE MENTAL DE COLUMBIA, o REVERSAL TEST, o TESTE ABC e a ESCALA DE MATURIDADE SOCIAL DE VINELAND, evidenciaram que A.R.P. é uma criança normal de acordo com os critérios propostos por estas provas.

Porque que apesar destes resultados o professor continuava considerando-a como tendo "dificuldade de aprendizagem"?

O resultado dos instrumentos utilizados com A.R.P. não explicam porque ela não ia bem em português naquela escola.

e) Avaliação Fonoaudiológica

Não revelou atraso ou desvios de fala e comunicação.

f) Avaliação Clínica em Otorrinolaringologia

Foi feita uma avaliação no Departamento de Otorrinolaringologia, inclusive com audiometria e o resultado foi normal para ambos os exames (audiometria e avaliação clínica).

g) Avaliação da História Escolar

Um dado relevante aparece em sua história escolar: registrou repetência de duas vezes na primeira série e três vezes na segunda série. Ficava retida em Português e, segundo a garota, a professora se queixava que ela trocava as letras.

Segundo o relatório da professora A.R.P. não apresentava problemas de disciplina, nem se desentendia com os colegas. Participava de jogos e brincadeiras.

Em Português, não conseguia as notas para ser aprovada, trocava muitas letras e a professora queria ajuda, pois a garota estudava e até conseguia ser aprovada em outras

matérias. Segundo a professora, nas aulas de leitura, não conseguia ler todas as palavras e não compreendia as idéias contidas nos textos, além de fazer aglutinações, trocas e supressões.

Na escrita, segundo os critérios utilizados por CAGLIARI (1989) os erros se referiam à hipercorreção (jolgar por julgar, escorção por excursão); ou à modificação da estrutura segmental das palavras (terrestre por terrestre; engrencaram por encrencaram, deijar por deixar, drouser por trazer; greer por crescer; gardada por guardada; qum por quem); ou à transcrição fonética (intender por entender, deijar por deixar, dissagradável por desagradável, praneta por planeta, frecha por flecha) ou ao uso indevido das letras (protesão por proteção, aucílio por auxílio; preguisoso por preguiçoso; dezafo por desafio; paizagem por paisagem; Mariza por Marisa; paraízo por paraíso; finjido por fingido; comeso por começo; cansaso por cansaço; tezouro por tesouro; fasia por fazia; maldozo por maldoso).

A análise de um dos cadernos evidenciou uma proporção de 10,8% para a hipercorreção; 13.52% para transcrição fonética; 21.62% para modificação da estrutura segmental das palavras e 54.05% para uso indevido de letras.

CONCLUSÃO

A.R.P. não apresentava nenhum dado que se relacionasse com psicopatologia ou conflitos pessoais não resolvidos.

A avaliação da história escolar evidenciava uma discrepância entre o seu aproveitamento (sob a ótica do professor) nas outras matérias em relação a português.

Qual era a concepção que a professora tinha de aprendizagem da escrita? Quais os critérios que utilizava para análise de "erros" e aprovação? Como ela concebia o aluno na questão do ensino-aprendizagem? Numa concepção de linguagem que privilegia a atribuição de sentido ao material lido qual é o valor do rigor ortográfico, sobretudo no início do aprendizado? Em quais situações de aprendizagem o professor se colocou como mediador do processo? Quais eram os incentivos para a leitura de textos além dos que constavam no livro do aluno?

Face a sua "dificuldade", A.R.P. foi selecionada para fazer um acompanhamento de leitura e escrita. No segundo semestre de 1990, A.R.P. fez "reeducação com a cartilha LENDO E ESCRREVENDO" (WITTER & COPIT, 1971) e ao final do ano, a professora de Português comunicou à garota que esta seria novamente reprovada.

Quanto ao "problema" de leitura e escrita os instrumentos utilizados nada diziam sobre o conhecimento e uso social de sua linguagem. Como ela se utilizava da linguagem nas situações de ensino do português? Do ponto de vista social, qual o valor do conteúdo de português veiculado pela escola?

A maneira como o "ensino" estava sendo apresentado em sala de aula levava em consideração a linguagem que A.R.P. tinha adquirido em seus contextos de vida ou simplesmente ignorava-os por se distanciar da "linguagem" praticada na escola?

A.R.P. havia sido aprovada nas outras matérias, mas não em Português. A motivação para permanecer na escola e sua auto-estima estavam abaladas, ela não queria mais estudar. Ela não se desvencilhou dos erros ortográficos, e como este parecia ser o único critério que a professora utilizava para reter a aluna, uma outra abordagem foi introduzida.

Esta abordagem envolvia um certo tempo para se efetivar e então foi sugerido através de uma carta para a professora, que A.R.P. continuaria seu acompanhamento no H.C./UNICAMP, contanto que A.R.P. fosse aprovada para que pudesse ter motivação para ir à escola e pudesse modificar seu auto-conceito e auto-confiança. A professora aceitou a proposta, uma vez que ela mesma não "entendia" o que se passava com a menina.

Para A.R.P. duas medidas foram sugeridas: a primeira se referia a um aumento na leitura de textos além do livro escolar e, para tal, deveria contar com a colaboração da professora, a segunda envolvia o comparecimento a cada duas ou três semanas ao Hospital de Clínicas. Era isto o que a família conseguia financiar e a garota poderia ter contato com diferentes usos sociais da leitura e escrita e readquirir interesse e auto-confiança em relação ao objeto de conhecimento em questão. O programa de acompanhamento compreendia dois conjuntos de atividades.

=

I - Atividades de Leitura

Leitura de um livro a cada quinzena, de literatura infanto-juvenil, do acervo da biblioteca de sua escola. A professora de Comunicação e Expressão deveria fazer a sugestão dos livros para a aluna, numa tentativa de modificar sua expectativa em relação ao desempenho de A.R.P. (ROSENTHAL & JACOBSON, 1968).

Estas atividades poderiam levar a professora a perceber que A.R.P. se interessa pela leitura de textos, contrariando sua suposição de que ela não pudesse progredir.

II - Atividades de Escrita e Leitura

Comparecer ao Hospital de Clínicas da UNICAMP uma vez a cada duas ou três semanas para praticar jogos e atividades com a linguagem, diferentes em alguns aspectos dos exercícios escolares.

Uma vez exposta a TEXTOS ela poderia sair-se bem , o que promoveria uma melhora de sua auto-imagem para enfrentar a sala de aula.

Este procedimento evidenciaria que o uso da linguagem em diferentes situações não tem relação com os erros de ortografia. O critério ortográfico é somente um dos critérios que a escola utiliza para distinguir se há ou não o domínio do saber. Não dominar o sistema ortográfico tem implicado, na visão escolar, em incapacidade do aluno para aprender. Esta é a atitude do professor provavelmente em função de um modelo de ensino da leitura e escrita baseado no treino de destrezas.

A sêguir, em ordem cronológica serão apresentadas as atividades de leitura e escrita.

16/abril/1991

1) O ditado de palavras com o objetivo de desenvolver estratégias de auto-correção em A.R.P.

Total de palavras ditadas = 36

ERROS		TIPOS DE ERROS
cançado	(cansado)	uso indevido de letras
linga	(língua)	uso indevido de letras
guata	(guarda)	mudança da estrutura segmental da palavra
soja	(suja)	hipercorreção
lijeira	(lixeira)	uso indevido da letra
essame	(exame)	uso indevido da letra
carvam	(carvão)	uso indevido da letra
serta	(certa)	uso indevido da letra
soudado	(soldado)	transcrição fonética
preci	(prece)	transcrição fonética
quenti	(quente)	transcrição fonética

TOTAL DE ERROS = 11 (30.55%)¹

A auto-correção é uma maneira de tornar consciente para A.R.P. a existência de uma norma padrão e da função social desta norma. Deste modo ela pode observar os diferentes valores dados aos grafemas e fonemas no sistema ortográfico do português e aprender que ela mesma poderia voltar a ler o que escreveu e corrigir-se, não deixando esta tarefa só para o professor.

2) Leitura e recontagem oral da fábula O PARDAL E A LEBRE (Anexo VII).

Era um pardal, né qui na floresta caça uma lebre daí, ele começou chutar a lebre, né e daí chegou um... um gavião e foi por cima do pardal, e daí soltou a lebre, e daí o pardal soltou a lebre².

Ler e narrar o que leu para diferentes interlocutores levava A.R.P. a perceber que outras pessoas diferentes da professora entendiam o que ela lia e depois contava, e quanto mais ela fazia isto com pessoas diferentes mais aumentavam as oportunidades de sair-se bem.

28/maio/1991

Atividades com a linguagem através de jogos de adivinhações:

D. - A.R.P. eu vou fazer umas perguntinhas pra você. Você responde pra mim?

A.R.P. - Respondo.

D. - O que é o que é: tem um bico e não bica, tem asa e não voa?

A.R.P. - Bule..

D. - Muito bem, A.R.P.

D. - O que é o que é: está na boca e não é boca, tem um dente mas não mastiga?

A.R.P. - Língua.

D. - Não, não é língua, é o garfo.

D. - O que é o que é: quando estamos deitados está em pé e quando estamos em pé está deitado?

A.R.P. - O pé.

D. - Muito bem A.R.P. Está acertando bem.

D. - O que atravessa uma porta, mas nunca entra e nunca sai?

A.R.P. - Chave.

D. - É uma fechadura, não é uma chave.

Durante essa atividade houve uma preocupação da psicóloga em dizer para A.R.P. quando ela errava, sem contudo repreendê-la.

11/junho/1991

1) Foi feito um ditado da letra de uma música popular "VERDE E AMARELO" (Roberto Carlos), uma situação que A.R.P. poderá vivenciar em qualquer dia de sua vida, pois adolescentes gostam de trocar e tirar letras de músicas.

Verde e amarelo

Verde e amarelo

Boto fé

não me ilodo

Nessa estrada ponho o pé

Vou com tudo,
Terra firme, live, tudo o que
 eu quis
 Do meu país
 Onde eu vou
Vejo a rasa
Forte no sorriso da masa
A vorsa desse gesto diz
 - É meu país;
 Verde e amarelo
 Vou da qui
 Lei da garra
Diqui encaro o peso da bara
Vesdindo essa camisa feliz³

Os erros apresentados por A.R.P. foram em número de dez em sessenta e oito palavras, o que equivale a 14,70% e foram do tipo hipercorreção (ilodo por iludo), uso indevido da letra (rasa por raça; sorriso por sorriso; masa por massa; vorsa por força; bara por barra) juntura e segmentação intervocabular (da qui por daqui e diqui por de quem) e, finalmente, modificação de estrutura segmental das palavras (live por livre)³.

2) Neste mesmo dia A.R.P. escreveu um bilhete para a psicóloga desmarcando a entrevista desse dia e sugerindo uma nova data.

D. Deise

Eu peso para a senho se você pode desmarcar a indre vista por que eu não poso ver'.

Para o dia primeiro de julho

Obrigada.

Na escrita do bilhete há erros de concordância e de pontuação, porém é um texto compreensível que cumpriu seu papel discursivo.

Os erros foram uso indevido da letra (indre vista por entrevista; peso por peço e poso por posso), hipercorreção (ver por vir) segmentação intervocabular (indre vista por entrevista; por que por porque); modificação da estrutura segmental das palavras (senho por senhora) e transcrição fonética (indre vista por entrevista e Deise por Dayse).

01/julho/1991

Neste dia A.R.P. deveria escrever uma história de um livro que já havia lido no primeiro semestre.

Era uma vez um homem que sacia coisas de madeira e ele quis faser um boneco de madeira que ia chamar pinóquio ele (no final da linha).

Era muito arteiro e mintia muito e o nariz dele gesia cada vez que ele mentia⁵.

Ela escreveu uma história com sentido, organizada em torno do tema central, ou seja, sobre o aparecimento de uma mudança no nariz do boneco, quando ele mentia.

É evidente que é um material escrito de uma criança que não domina alguns aspectos da escrita, mas é um texto. Há uso indevido de letras maiúsculas e minúsculas (pinóquio por Pinóquio e Era por era, no início da linha, porém não era após ponto ou ponto final); uso indevido de letras (sacia por fazia; faser por fazer e gesia por crescia) e transcrição fonética (mintia por mentia que aparece somente na primeira vez que A.R.P. escreve a palavra).

O objetivo desta atividade com a leitura e escrita foi de que a criança pudesse vivenciar a situação de escrever o que já havia lido, que é um dos usos (sobretudo um uso escolar pedagógico) da escrita. O modo pelo qual A.R.P. escreve é característico de quem está em processo de aprendizagem; tenta reproduzir palavras através de critérios que se organizaram, como hipóteses em relação a como se escreve.

13/agosto/1993

1) Nesta sessão A.R.P. deveria ler um jornal infantil (O ESTADINHO) e contar o que leu.

Foram lidos por A.R.P. três quadros de Maurício de Sousa.

a) "O relógio está reclamando para Bidú que tem que trabalhar no domingo"

b) "O Bidú está na sala de espera, do veterinário e um ratinho pede licença para passar na frente e soltar a ratoeira que prendeu o seu rabo"

c) "O Chico Bento estava sendo perseguido pelo Lobo Mau (Lobisomem) pelo Saci e pelo... pelo..."

Mas era no sonho, daí ele acordou e beijou o galo que acordou ele".

A.R.P. não teve dificuldade para ler e contar o que leu. Deste dia em diante foi solicitado que a garota lesse os jornais infantis e se tivesse vontade de fazer alguma atividade proposta que a fizesse e trouxesse nas próximas sessões.

2) A outra atividade compreendia recontar uma fábula ouvida no primeiro semestre (A CAMPONESA E O JARRO DE LEITE) (Anexo VIII) para uma outra pessoa (N) que não a psicóloga.

N - *Você é capaz de contar pra mim essa história?*

N - *É aquela da moça, da camponesa que tinha um vaso de leite na cabeça. Você chegou a ouvir essa história? E seria capaz de contar pra mim?*

A.R.P. - *Dona Elga, a camponesa ia vender o leite, né? Pra comprar os ovos. Os ovos ela ia vender pra comprar açúcar. Daí ela ia vender e comprar um vestido verde pra ir ao baile, daí ela foi ao baile, pensando que os rapazes iam tirar ela para dançar, daí de repente ela tropeça numa pedra e lá vai o leite e tudo o que ela tinha imaginado".*

N - *Muito bem A.R.P., ótimo.*

17/setembro/1991

Nesta sessão A.R.P. deveria fazer várias atividades:

1) ler silenciosamente duas fábulas e relatar o que entendeu sobre o que elas queriam dizer:

a) A Raposa e as Uvas

Através do comentário que A.R.P. fez ao término da leitura, vê-se que ela entendeu o sentido da fábula.

"Se não queria, tinha outro que comprava".

b) O Menino que gritava Lobo

A mesma observação pode ser feita a respeito dessa história, que se relaciona com a transmissão de valores morais através da linguagem, que se observa em frases feitas, chavões, provérbios, e outros, veiculadas no interior de uma determinada cultura.

"Não deve mentir porque é errado".

"A mentira prejudica quem está mentindo e quem não está mentindo".

2) Leitura por A.R.P. de duas histórias de MAURÍCIO DE SOUZA NO JORNAL ESTADINHO:

a) *"O Bidu contou pro amigo que estava apaixonado pela namorada do amigo"*

b) *"A namorada do Chico Bento achô bonito o boletim dele com nota vermelha"⁶*

- *"Eu não acho, nota vermelha é nota baixa".*

Ela emitiu uma opinião que se relaciona com sua experiência pessoal que remete a experiências que vivencia na escola, como o de sua reprovação.

3) Escrever sobre algo que havia feito e que merece ser contado:

O passeio no parque

Era uma vez eu e minhas amigas, fomos um parque que está no centro, ele era uma beleza.

Tinha roda gigante, carrinho tromba tromba, toboga etc...

Nós nos divertimos muito⁷.

Os erros foram do tipo transcrição fonética (fomos por fomos); junção intervocabular (está no por está no); não colocação de hífen (tromba tromba por tromba-tromba) e não colocação de til (toboga por tobogã).

Quando ela escreve sobre algo que havia feito faz um estilo tipicamente escolar de texto em que a descrição predomina sobre a narração.

4) Escrever uma poesia

A tanta estrela do céu

Todas elas a brilhar

Como o olho do céu olhar

Os erros são do tipo transcrição fonética com modificação da classe gramatical da palavra (A por há); hipercorreção e uso indevido da letra (cel por seu)⁸.

Finalmente, ao escrever uma poesia, ela não elabora um texto próprio, mas escreve uma das quadras que são colecionadas e recitadas pelas adolescentes.

Com estes exercícios pode-se perceber que A.R.P. entendia o que lia e construía hipóteses absolutamente normais a respeito de como se escreve. A questão é que tais hipóteses são consideradas como erro no contexto das exigências escolares.

O acompanhamento de A.R.P. até então mostrou que ela entende o que lê e tenta escrever sobre o que leu, ou sobre fatos que merecem ser contados.

As atividades de sala de aula, em geral, não integram os diferentes usos sociais da leitura e da escrita. A reflexão de ROCKWELL (1987) se faz nessa direção.

Para ROCKWELL (1987) a estrutura do contexto escolar evidencia um conteúdo explicitamente transmitido pelo docente e um outro implícito que não é entendido como ensino.

Por ensino entende-se um conjunto de ações iniciadas pelo professor que solicitam a participação dos alunos sobre um instrumental específico denominado de material escolar dentro do qual o professor elege um tema a ser apresentado. Todo este conjunto envolve uma categorização de conceitos e práticas que já foram generalizadas e são recorrentes em vários contextos escolares, já cristalizados como ritos.

Apesar dos ritos, há o conjunto implícito determinado pelo uso de uma língua escrita neste contexto como o uso da escrita, feito pelo próprio professor com outras pessoas da instituição escolar e dos alunos entre si, independentemente das determinações de "ensino" do professor.

Em ambos os casos (o professor como modelo e a prática autônoma dos alunos), apresentam-se pressupostos e usos da língua escrita que nem sempre coincidem com aqueles que o ensino formal comunica, implícita ou explicitamente, e estabelecem-se alternativas de relações sociais dentro das quais a leitura e a escrita são praticadas (ROCKWELL, 1987:235).

De fato, o que o aluno necessita aprender na escola? Eles aprendem três processos simultâneos. O primeiro deles se refere às relações entre linguagem oral e escrita, a estrutura da língua escrita como um objeto de conhecimento, e o mínimo necessário para o uso da leitura e escrita.

O segundo processo remete aos usos escolares específicos da língua escrita que implicam em discernir o sentido dela como um objeto de conhecimento.

E o terceiro diz respeito aos outros conhecimentos transmitidos na própria escola e cuja apropriação depende da escrita. Este terceiro processo envolve a mediação do professor para instrumentar o aluno a extrair conhecimentos do texto. É uma mediação em que o aluno leva seus conhecimentos e extrai outros do texto.

Este fato implica necessariamente uma relação independente com o fenômeno expressado no texto, ou melhor, uma relação social, mediadora, no processo de apropriação do conhecimento a partir da leitura (ROCKWELL, 1987:236).

Destes três processos, que ROCKWELL (1987) descreve, o primeiro e o terceiro são ignorados pela escola. O acompanhamento de A.R.P. e de outras crianças tem me mostrado que seu contato com a escrita se faz através, fundamentalmente, de usos escolares (segundo processo).

Quanto a estes três processos, SOARES (1987) identifica e denuncia em seu interior todo um movimento social de discriminação e exclusão das crianças da escola.

As altas taxas de repetência e evasão mostram que os que conseguem entrar na escola, nela não conseguem

aprender, ou não conseguem ficar. Segundo as estatísticas, de cada 1000 crianças que iniciam a primeira série, menos da metade chega à segunda, menos de um terço consegue atingir a quarta, e menos de um quinto concluir o primeiro grau. A repetência - isto é, a não-aprendizagem - e a evasão - isto é, o abandono da escola - explicam esse progressivo afunilamento, que vai construindo a chamada "pirâmide educacional brasileira". Essa "construção" se dá através da rejeição, pela escola, das camadas populares: pesquisas têm demonstrado as relações entre origem social e fracasso escolar (SOARES, 1987:9).

O excesso de zelo do professor com a ortografia revela, na verdade, a não aceitação do dialeto de A.R.P. Este comportamento às vezes não é consciente, ele simplesmente repete, em situações semelhantes, o que viveu no seu próprio processo escolar, sem contudo se questionar sobre o significado social e linguístico dos "erros" de ortografia.

Quando o aluno provém de camada social popular, que é o caso de A.R.P., as pressões são exercidas e os alunos começam a produzir também hipercorreções.

A hipercorreção decorre da insegurança que já existe a nível oral, na exposição de dialeto de pouco prestígio, e agrava-se na escrita no momento em que o aluno, no afã de aprender a linguagem proposta pela escola, generaliza as correções feitas para outras palavras parecidas onde não caberia a mesma observação (CADERNOS DE ENSINO FUNDAMENTAL, 2, p. 38).

Caso a escola restrinja o uso da leitura à decifração e da escrita à cópia, é difícil para o professor aceitar a escrita como produção ou formulação do aluno, em seu dialeto, e a leitura como busca de significado.

22/outubro/1991

Pelo fato de a professora continuar insistindo que A.R.P. não reconhecia diferentes categorias gramaticais quando lia e não os usava quando escrevia, ofereci a A.R.P. exercícios, a gosto da escola, com esta finalidade. Propus-lhe uma atividade que envolvia inferência a partir de categorias verbais (nome que se atribui) a identificação de aspectos coesivos do texto.

O texto "O CAVALO E O VEADO" foi retirado de volume FÁBULAS DE ESOPHO editado pelo CÍRCULO DO LIVRO (Anexo IX).

D. - quem andava de um lado para outro?

A.R.P. - cavalo

D. - quem galopou?

A.R.P. - cavalo

D. - este se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

D. - me se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

D. - quem é aquele intruso? =

A.R.P. - veado

D. - meu se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

D. - que se refere a quem?

A.R.P. - veado

D. - quem está virando-se?

A.R.P. - homem

D. - quem disse ajudá-lo?

A.R.P. - homem

D. - quem disse vingar-se?

A.R.P. - homem

D. - me refere-se a quem?

A.R.P. - homem

D. - sua refere-se a quem?

A.R.P. cavalo

D. - seu refere-se a quem?

A.R.P. cavalo

D. - quem iria montá-lo?

A.R.P. - homem

D. - conseguiremos se refere a quem?

A.R.P. - homem e cavalo

D. - quem está virando-se?

A.R.P. - cavalo

D. - ele se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

D. - me se refere a quem?

A.R.P. - homem

D. - eu se refere a quem?

A.R.P. - homem

D. - lhe se refere a quem?

A.R.P. - homem

D. - eu se refere a quem?

A.R.P. - homem

D. - você se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

D. - me se refere a quem?

A.R.P. - homem

D. - mim se refere a quem?

A.R.P. - homem

D. - sua se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

D. - você se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

D. - comigo se refere a quem?

A.R.P. - homem

D. - me se refere a quem?

A.R.P. - homem

D.-- se se refere a quem?

A.R.P. - cavalo

As 29 questões respondidas por A.R.P. estavam corretas. Mesmo em exercícios deste tipo A.R.P. saiu-se bem. Onde se situa, então, a queixa de que ela não sabe e portanto deve ser retida em português? Ela não só lê como interpreta o que lê.

Como se pode notar, são os erros ortográficos o critério usado para análise de sua escrita. Diante das atividades de leitura e escrita que propus para A.R.P. e de minhas sugestões à professora (I - Atividades de Leitura) que expectativas se pode fazer em relação ao desempenho da garota?

Num texto, vários são os fenômenos linguísticos que podem ser analisados.

Conforme BEAUGRANDE e DRFSSLER (1981, apud KOCH, 1990) os critérios de textualidade se dividem em dois grupos: os centrados no texto como coesão e coerência e os centrados nos usuários como a informatividade, a situacionalidade, a intertextualidade, a intencionalidade e a aceitabilidade.

A possibilidade de se fazer perguntas ao texto que "podem ser facilmente respondidas pelos eventuais leitores, é porque os termos em questão são elementos da língua que tem por função precípua estabelecer relações textuais: são recursos de coesão textual" (KOCH, 1990, p. 16).

A coerência por sua vez "é responsável pela continuidade dos sentidos no texto, não se apresenta, pois, como mero traço dos textos, mas como o resultado de uma completa rede de fatores de ordem linguística, cognitiva e interacional" (KOCH, 1990, p. 18).

A compreensão de um texto envolve o uso de noções semânticas, do léxico, sintáticas e pragmáticas.

As relações que podem ser estabelecidas no interior do texto, como aquelas centradas nos usuários dos textos, se relacionam às experiências de cada leitor, e à sua visão de mundo, uma vez que os textos são construídos por e para o uso de interlocutores. Nesta perspectiva, os fatores centrados nos

usuários são fundamentais para a determinação da própria coesão e coerência.

Dada a apresentação das condições de textualidade, o que A.R.P. precisaria estar exercitando?

Ela necessita aprender a consultar, avaliar, discriminar segundo o contexto, usar as ilustrações ou adiantar-se na leitura para encontrar mais informações, relacionar o texto com conhecimentos prévios ou experiências próprias e organizar, a partir daí, a interpretação do texto (ROCKWELL, 1987, p. 245).

E isto a escola não proporciona.

09/dezembro/1991

Nesta sessão A.R.P. fez três atividades com a escrita:

1) Escrever uma receita de bolo ditada pela psicóloga

Bolo delisiozo

2 xícaras de açúcar

3 xícaras de farinha

½ xícaras de lite

3 colheres de margarina

4 ovos

1 colher de sopa de fermento em pó

1 colher de chá de ensencias de braunlia⁹.

O erros cometidos foram uso indevido da letra (delisiozo por delicioso) e modificação na estrutura segmental da palavra (lite por leite; ensencias por essência; braunlia por baunilha).

2) Anotar um recado para ser passado ao telefone.

preciso falar com você urgente espero você me ligar amanhã na hora do almoço Deise 41-5342¹⁰.

A.R.P. não colocou para quem era o recado, que no caso era para ela mesma, não usou pontuação e fez dois erros, um de uso indevido da letra (urgente por urgente) e transcrição fonética (Deise por Dayse).

3) Leitura de fábulas.

Ela leu três fábulas, e através de seus comentários vê-se que fez as inferências fundamentais para compreendê-las.

a) O Cão e o Osso

A.R.P. - o cão era guloso.

b) O Sapo e o Boi

A.R.P. - é um desafio

c) O Asno na pele de Leão

A.R.P. - é um caso de imitação.

Após este dia 09/dezembro/1991 A.R.P. iria fazer a prova de Português e saber o resultado final de sua aprovação ou não para a quinta série.

Em conversa com A.R.P. observei que se mostrava mais risonha e confiante em relação aos resultados que poderia obter; já não era tão repreendida pela professora e se sentia igual às suas colegas de classe; conseguia fazer tarefas que não redundavam em punição.

Quando A.R.P. retornasse, em janeiro, ao H.C.7/UNICAMP iria relatar à psicóloga como foi seu resultado escolar e como ela se sentia em relação a isto.

28/janeiro/1992

Neste dia A.R.P. relatou que havia sido aprovada em português com média C e que não sentia mais necessidade de continuar o acompanhamento. Notei uma diferença marcante em sua aparência física. Ela usava batom, um penteado novo, sapato de salto e estava muito risonha.

Para despedida fizemos duas atividades:

2) Citado com auto-correção.

1) Passaro na Floresta

Poti foi caçar na floresta. Ele levou arco e frecha (flea), na floresta havia neblina. Poti viu um pássaro de nas coloridas e atirou uma frecha (flecha).

mas a frecha (flecha) caiu no meio das plantas e o saro de plumas coloridas fugiu¹.

2) Escrita de um texto:

1) Pardal

Uma vez um pardal.

Seu nome era Tico Tico, ele ia todos os dias de manhã comer farelo de pão:

E em certo dia ele estava comendo socegada mente, e repente ~~apareceu~~ um gato e o apanhou.

E ~~infelizmente~~ não deu tempo de salvá-lo¹².

Os tipos de erros foram de junção ou segmentação (vocabulário) (socegada mente por sossegadamente e derepente de repente), uso indevido da letra (socegada mente por segadamente) e ortografia que remete ao dialeto de A.R.P. (flea por flecha).

Como pode ser percebido ao longo da aquisição da língua e escrita A.R.P. apresentou erros ortográficos (que são

naturais nesta fase) e outras dificuldades com a construção de textos que poderiam ir, pouco a pouco, sendo eliminadas através de práticas com leitura e escrita, ao longo de sua vida escolar.

Como pode ser percebido na descrição deste caso, procurei fornecer um conjunto de situações algumas semelhantes e outras diferentes daquelas de sala de aula, para que A.R.P. em contato com o uso da escrita em diferentes situações discursivas aprendesse mais sobre a escrita e tivesse sucesso escolar. E, também, desenvolvesse uma auto-confiança e auto-estima que fosse posteriormente generalizada para as situações de sala-de-aula._

Quanto ao professor, o fato de A.R.P. ter sido aprovada poderia significar uma nova oportunidade de avaliar sua linguagem (e de outros alunos) que se aproxima mais das reais necessidades da leitura e escrita nas situações do cotidiano e uma possível modificação de suas concepções de erro como sintoma de doença e, conseqüentemente, uma mudança nas suas expectativas com relação à aluna.

CASO 2

a) História Pessoal

D.G.

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 15/03/81

Em fevereiro de 1990 a avó de D.G., então com 9 anos, procurou o Setor de Psicologia relatando que ele havia repetido duas vezes a primeira série do primeiro grau por não conseguir ler.

D.G. era atendido no Hospital das Clínicas da UNICAMP desde dois anos e sete meses por ser portador de asma brônquica.

A análise da anamnese permitiu verificar que seu desenvolvimento neuropsicomotor, sua visão e audição são normais.

D.G. é muito amoroso e gosta muito de brincar com crianças da vizinhança, segundo sua avó; porém não é constante na execução de suas obrigações rotineiras.

b) Aplicação do Nível Intelectual

Para medida de seu nível intelectual foram utilizados o WISC (Anexo X) e a ESCALA DE MATURIDADE MENTAL COLUMBIA (Anexo I). O resultado obtido situou-o na faixa de inteligência normal no WISC e com uma idade mental em torno de 11 anos na E.M.M. COLUMBIA.

c) Avaliação de Percepção Visuo-Motora

A avaliação do TESTE VISUO-MOTOR DE BENDER segundo SANTUCCI e GALIFRET-GRANJON (1964) evidenciou uma maturidade para percepção de ângulo, orientação e posição relativa em torno de nove anos. E, segundo KOPPITZ (1964) não apresentou atraso no desenvolvimento visuo-motor, encontrando-se no nível das crianças de nove anos, que cursam a terceira série primária.

d) Avaliação para Início da Aprendizagem de Leitura e Escrita

No REVERSAL TEST (Anexo II) seu resultado de sessenta e oito pontos localizou-o com maturidade média suficiente para

a aprendizagem da leitura. D.G. se recusou a fazer a prova do Anexo IV.

e) Avaliação do Comportamento Adaptativo

A ESCALA DE MATURIDADE SOCIAL DE VINELAND-DOLL (Anexo V) evidenciou que seu comportamento adaptativo é compatível com sua idade cronológica.

As ESCALAS DE HABILIDADES SOCIAIS e de AUTO-EXPRESSÃO (Anexo VI) não evidenciaram dificuldades no relacionamento com adultos e crianças, nem na expressão de sentimento, quer sejam negativos ou positivos.

Recoloco as mesmas observações que fiz em relação aos instrumentos utilizados no caso relatado anteriormente.

As provas de nível intelectual (WISC e COLUMBIA), o TESTE VISUO-MOTOR DE BENDER, o REVERSAL TEST e a ESCALA DE MATURIDADE SOCIAL DE VINELAND-DOLL evidenciaram que de acordo com os critérios propostos por estas provas D.G. é uma criança normal.

Do meu ponto de vista a questão é outra:

Nas primeiras séries escolares o que acontece com o ensino que as crianças não aprendem, não se alfabetizam?

Qual é o conteúdo de leitura e escrita veiculado pela escola que D.G. pode se beneficiar nas diferentes situações

sociais a que for exposto? O ensino praticado leva em consideração suas aquisições linguísticas nos diferentes espaços de sua história de vida? Que tipos de instrumentos e situações de observação podem criar condições para que as práticas discursivas de D.G. sejam avaliadas?

f) Avaliação da História Escolar

A análise do ambiente escolar ressaltou a presença de uma professora preocupada com o desempenho acadêmico de D., porém sem saber como motivá-lo a fazer as tarefas.

Seus cadernos tinham algumas lições incompletas e observações da professora sobre isto, ou sobre o fato de que o garoto precisava estudar mais, ou, ainda, prestar mais atenção às aulas.

A análise do material escrito, segundo os critérios de CAGLIARI (1989), permitiu verificar que os erros na escrita se distribuem entre erros de transcrição fonética (vassorada por vassourada); juelho por joelho); modificação da estrutura segmental das palavras (grade por grande; etrahou por estranhou; pastenl por pastel; careter por carretel; roblopiava por rodopiava; caclrrinho por cachorrinho; dodagem por bobagem; drilho por brilho); uso indevido das letras (cuando por quando; casadores por caçadores; dezanimados por desanimados; finja por

fingia; existe por existe; trouxe por trouxe; xamando por chamando; estrangeiro por estrangeiro); ou à juntura intervocabular ou segmentação (nuncamais por nunca mais; comela por com ela; esta va por estava); e hipercorreção (cail por caiu).

A análise dos erros ortográficos mostrou uma distribuição de 3,38% para transcrição fonética; 45,75% para modificação de estrutura segmental das palavras; 38,98% para uso indevido de letras; 5,08% para juntura intervocabular e segmentação e 1,69% para hipercorreção numa amostra de 59 palavras retiradas de um caderno de D.G.

Durante o ano de 1990 D.G. compareceu a cada duas ou três semanas ao Hospital das Clínicas/UNICAMP e foi-lhe administrada a Cartilha LENDO E ESCRREVENDO (WITTER & COPIT, 1971).

Após um período de contato com a psicóloga, os cadernos de D.G. foram novamente analisados e se verificou que as tarefas estavam completas, porém havia muitas correções dos erros ortográficos e observações escritas pelo professor como "precisa prestar mais atenção", "escreva certo". As mesmas observações do ano anterior.

A seleção aleatória de um dos cadernos, para análise, evidenciou que erros ortográficos se distribuíam em: 45,71% para uso indevido da letra; 8,57% para segmentação vocabular;

25,71% para modificação da estrutura segmental das palavras; 17,14% para transcrição fonética e 5,71% para hipercorreção. Estes cálculos foram feitos a partir de 1170 linhas escritas e o total de palavras erradas foi de 35. Se em cada linha houvesse 4 palavras seriam 4680 contra 35 erradas, que corresponde a 0,74%.

No entanto, no final de 1990, apesar do progresso feito por D.G., a professora comunicou-lhe que seria reprovado.

Para CAGLIARI (1989) há três conjuntos de dificuldades a serem analisadas quanto ao processo de alfabetização das crianças.

A primeira delas se refere aos instrumentos utilizados na alfabetização uma vez que os "métodos de alfabetização em geral e algumas práticas tradicionais em especial desconhecem o sistema de escrita do português" (p.123).

A segunda delas se relaciona à própria concepção de escrita "como espelho da fala e que um texto bem escrito ainda continua a ser considerado como aquele que não tem erro ortográfico (p. 123).

E a terceira delas se refere "ao desconhecimento da realidade linguística das crianças" (p. 123).

O que estava acontecendo com D.G.? Em quais dos três conjuntos de dificuldades ele poderia ser encaixado, em todos ou em parte deles?

Na perspectiva de leitura e escrita como treino de destrezas, presente na cartilha LENDO E ESCRREVENDO (WITTER e COPIT, 1971), evidenciou-se que D.G. não tinha apresentado problemas para entender os aspectos do sistema de escrita do português contidos na cartilha.

E por que, então ele, seria reprovado? A quantidade de erros ortográficos apresentados em um dos cadernos de D.G. justifica a reprovação da professora? Que critérios foram utilizados para reprovação de D.G. se os cadernos estavam completos? Ainda havia muitas observações da professora sobre erros, desatenção, escrever certo e com letra bonita. Havia uma diferença entre os cadernos de 1989 e os cadernos de 1990 e o que acontecia que a professora não conseguia ver isto? (4680 palavras escritas corretamente para 35 palavras com erro ortográfico) O que realmente estava acontecendo na sala de aula? Como sistematizar um programa de acompanhamento de leitura e escrita para D.G.? Quais os aspectos do sistema de escrita do português que D.G. já conhecia? Conceber leitura e escrita como treino de destrezas cria as condições para aparecimento de "erros como sintomas de doença".

De acordo com CAGLIARI (1989) os aspectos do sistema de escrita do português envolvem o conhecimento: da relação grafema-fonema, um a um, que ocorre em determinadas palavras; do valor silábico das letras; da junção de duas letras para representar um som; de letras sem representação fonética; de uma mesma letra com representação fonética diferente; ou um segmento fonético representado por letras diferentes; dos sinais de pontuação e números como sinais ideográficos; dos sinais diacríticos; do uso morfológico das siglas e abreviaturas; de ideogramas, logotipos, marcas, placas.

Estes são aspectos que o sistema representa. Porém, há os aspectos que ele não representa como o número variável de sílabas na fala de algumas palavras, a duração relativa de cada sílaba e o acento tônico das sílabas tônicas, além de outros, como o ritmo da fala, a entonação, a nasalidade, a velocidade e a qualidade da voz.

Que recurso o sistema utiliza para conseguir representar estes aspectos? A própria escrita cria, "com palavras, o ambiente não-linguístico que serve de contexto para quem fala", além das circunstâncias, descreve gestos, emoções, valores, atitudes e sentimentos.

Desta forma, a unidade de significação que era a palavra, num modelo de leitura que enfatiza o treino de destrezas, passa ser o **texto**, pois ele tem condições de incluir

todos os aspectos já sistematizados e os que necessitam ser criados para se ter um texto significativo, tanto para quem escreve como para quem lê, pois um texto escrito garante sua sobrevivência se puder ser lido.

No ano letivo de 1991 D.G. fez acompanhamento no Setor de Psicologia do H.C./UNICAMP.

I - Atividades de Leitura

Leitura de um livro, a cada quinzena, de literatura infanto-juvenil, do acervo da biblioteca de sua escola. A professora de Comunicação e Expressão deveria fazer a sugestão dos livros para o aluno, numa tentativa de envolvê-la numa mudança de expectativa em relação a D.G. (ROSENTHAL & JACOBSON, 1968), e também, utilizar a biblioteca como um recurso pedagógico.

II - Atividades de Leitura e Escrita

Foi feito um contrato com D.G. que ele deveria comparecer ao Hospital das Clínicas a cada duas ou três semanas para praticar jogos e atividades com a linguagem, diferentes em alguns aspectos dos exercícios escolares.

D.G. era um garoto calado, de olhos baixos. Era repreendido por todos em casa e na escola. Ele "esquecia" seu material escolar, a hora do almoço, a hora do banho, as obrigações domésticas rotineiras, as tarefas escolares. Passava horas empinando pipa, jogando futebol, correndo pelos terrenos ou descampados a cata de aventuras. Porém, à medida que o acompanhamento feito por mim no Setor de Psicologia prosseguia, D.G. começou a falar mais sobre o que gostava de fazer e se envolvia com as atividades de leitura e escrita. Mas se não tinha certeza sobre uma resposta, calava-se e abaixava os olhos.

A seguir, em ordem cronológica, serão apresentadas as atividades de acompanhamento.

18/março/1991

Leitura silenciosa e recontagem da fábula "A CAMPONESA E O JARRO DE LEITE" (Anexo VIII). D.G. leu e não recontou a fábula, talvez por ter sido criticado com frequência na escola, falar poderia lhe render novas críticas. Diante disto, foram feitas várias perguntas a D.G., com o objetivo de motivar uma recontagem dialógica.

D. - O que fazia a camponesa?

D.G. - Carregava a lata de leite

D. - O que ela pensava em fazer após a venda do leite?

D.G. - Comprar ovo

D. - Após a venda dos frangos, o que a moça ia fazer?

D.G. - Vender os frangos

D. - Aonde ela ia com o vestido verde?

D.G. - Na festa

D. - O que aconteceu com o leite?

D.G. - Caiu no chão

D. - Para que ela queria comprar ovos?

D.G. - Pra vender pra comprar a galinha e ovo

D. - Quando ela pensava em vender os frangos?

D.G. - Quando tava mais caro

D. - Para que ela queria vender os frangos?

D.G. - Pra comprar um vestido

D. - Onde ela ia com o vestido novo?

D.G. - Na festa

D. - O que a venda do leite ia proporcionar?

D.G. - (Não respondeu)

D. - O que a camponesa ia fazer com os frangos?

D.G. - Vender

D. - Qual seria o aproveitamento do dinheiro recebido?

D.G. - Compra um vestido novo

D. - Para que ela iria à festa?

D.G. - (Não respondeu)

D.G. já estava começando a não conseguir responder e já estava dando sinais de inquietação.

Toda vez que se solicitava leitura ou fala de D.G., e este "não tinha certeza" de como responder, baixava os olhos e se calava. Quando a psicóloga dizia que ele tinha condições de fazer, pois já havia trabalhado com ele por um ano e comentava alguma tarefa na qual ele havia sido bem sucedido, D.G. prosseguia, porém diante da primeira ou segunda hesitação, ele, novamente, interrompia a atividade.

- Eu acreditava que D.G. sabia fazer, mas sua inibição era fruto do excesso de reprimendas e punições.

16/abril/1991

1) Ditado de palavras com auto-correção

goli gole

jema gema

gula

jaci Jaci

jaca

luiz Luiz

joga

gamo

jeito

jaime Jaime

juis juiz

leite¹³

Os tipos de erros foram uso indevido das letras (jema por gema e juis por juiz) e uso das letras maiúsculas (jaci por Jaci; luiz por Luiz; jaime por Jaime). É interessante notar que produções como esta são caracterizadas como "disléticas", pelos professores e psicopedagogos.

Com a finalidade de levar D.G. a ler tudo o que escrevesse foi introduzida a auto-correção do ditado (estratégia que a professora não utiliza como recurso pedagógico) e assim o garoto poderia fazê-lo, posteriormente, na sala de aula e se beneficiar do aprendido como uma maneira de perceber que já começava a dominar certas tarefas escolares. Estratégias de auto-correção são importantes para dar autonomia para quem escreve em relação ao melhor modo de se expressar por escrito.

2) Escrever sobre sua escola.

Minha escola vai indo muito mal

As carteiras e cadeiras

todas quebradas e riscadas.

*A limpeza - está indo muito mal
vidros quebrados e bebedouros sujos⁴.*

D.G. identifica o sucateamento da escola enquanto um prédio sem condições de ser utilizado, pois as carteiras e os vidros estão quebrados e a limpeza não é providenciada. De acordo com sua experiência de vida, estas condições não permitem um funcionamento adequado da escola. Note-se que o texto produzido contém informatividade, progressão temática, e quase não têm erros ortográficos.

D.G. percebe, assim, a escola em seu aspecto externo. E quem percebe o sucateamento interno a que ela está sujeita?

07/maio/1992

Neste dia D.G. não ficou para o atendimento, pois estava com muita falta de ar e foi fazer inalação. Foi até o Setor para avisar e entregou-me a cópia de um texto, que havia feito em casa, que aproveitei para analisar.

*Enquanto não tem foguete
para ir à lua
Os meninos deslizam de patinete
pelas calçadas da rua*

vão cegos de felicidade!
 mesmo que quebrem o nariz
 que grande felicidade!
 ser veloz e ser feliz
 Ah! se pudessem ser anjos
 de longas asas!
 mas são apenas marmanjos.

Nota-se dificuldades com a pontuação e com a acentuação (acento agudo no lugar da crise).

Porém não há "trocas", inversões ou qualquer outro indício que evidencie "dificuldade na percepção visual", crença e queixa comum entre os professores.

1. Jogos de Linguagem e Provérbios.

D - O que é o que é, que quando entra está do lado de fora?

D.G. - (Não respondeu)

D. - O que é o que é, que na terra tem dois, no mar tem um e no mundo nenhum?

D.G. - A letra r

D. - O que é o que é, que nem todos têm, mas ninguém passa sem ele?

D.G. - Ferro de passar roupa

D. - (Ah! menino danado!)

D. - O que é o que é, tem cabelo, mas não tem cabeça, tem tempo, mas não tem folga?

D.G. - Relógio

D. - O que é o que é, foi feito para andar, mas não anda?

D.G. - A rua

D. - D. o que quer dizer: quem tudo quer tudo perde

D.G. - (Não respondeu)

D. - D.G. o que quer dizer: cada macaco no seu galho?

D.G. - (Não respondeu) - -

D. - você esqueceu?

Sempre que D.G. acertava, imediatamente ele era comunicado sobre seu acerto e quando ele não conseguia fazer o que havia sido solicitado após duas tentativas - o exercício era interrompido. Não havia interesse em provocar sensação de fracasso em D.G.

11/junho/1991

1) O primeiro exercício correspondeu ao ditado da música VERDE E AMARELO (ROBERTO CARLOS), uma situação que D.G.

poderá vivenciar em qualquer dia de sua vida, pois adolescentes gostam de trocar e tirar letras de música.

verde e amarelo

verde e amarelo

verde e amarelo

doto fé,

Não me iludo

Neste estrada doto pé

vou com tudo

terra firme,

livir

- tudo ò que eu ius

do meu pais

omde eu vou

vejo a rasa

forte no sorriso da masa

aforsa dese grito que dim

adriaspas e mel pais

verde e amarelo

sol daqui

lei da garra

de quem em cara o peso darra

vestindo esa camisa feliz

do mel pais¹⁵.

Fazendo a análise dos tipos de erros, pode-se verificar que o uso de letras maiúsculas no início de frase não é regular no repertório de D.G.

O uso indevido de letras foi observado em (cmde por onde; rasa por raça; sorriso por sorriso; masa por massa; dese por desse; esa por essa).

Há juntura intervocabular e segmentação em aforsa por a força mais uso indevido da letra na sílaba sa por ça); adriaspas por abre aspas (mais modificação da estrutura segmental da palavra na sílaba dri por be); em cara por ancara.

A hipercorreção aparece em (sol por sou; mel por meu) por duas vezes.

A modificação da estrutura segmental das palavras ocorre em (doto por boto por duas vezes; livir por livre; ius por quis; dim por diz, darra por garra).

Os erros por transcrição fonética são encaixados em outras modalidades como na sílabara vir por vre de livre e na sílaba dri por bre em abre.

2) Neste mesmo dia D.G. escreveu uma justificativa pelo seu não comparecimento ao hospital.

Deise eu não poso vir aqui que eu estol doete marque um oltro dia para que eu venha qui¹⁶.

É interessante observar que D.G. escreve a justificativa no presente. Só percebi este fato fazendo a análise do que D.G. escreveu, o que me impediu de discutir com ele, durante a sessão, sobre o sentido de uma justificativa e sobre os recursos expressivos que ela implica.

Não houve destaque do nome para quem se refere a justificativa e quem o escreveu (no caso D.G.) não se nomeou.

Há hipercorreções (estol por estou; oltro por outro); modificação na estrutura segmental das palavras (doete por doente e qui por aqui); além do uso indevido das letras (Deise por Dayse e poso por posso).

Os "erros" ortográficos não impedem que D.G. use a escrita em várias situações, e ele já não se retrai quando solicitado a escrever algo.

CAGLIARI (1989) relata que nas amostras de textos escritos por crianças, cerca de um quarto dos erros ocorriam por transcrição fonética da própria fala (da criança).

A hipercorreção ocorre quando o aluno conhece a ortografia de algumas palavras e "passa a generalizar esta forma de escrever" (Idem, p. 141) para outras palavras que venha a escrever.

SOARES (1987) identifica a hipercorreção como uma resposta que os falantes e escritores dão em direção ao dialeto padrão ou de prestígio.

O uso indevido de letras ocorre porque no sistema de escrita do português há várias possibilidades sobre o uso de algumas letras e o aluno, então, seleciona uma que lhe parece possível. A modificação de estrutura segmental como as trocas, supressões, acréscimos e inversões são bastante penalizadas e muitas vezes "a escola considera esses erros graves indícios de falta de discriminação auditiva (o que é falso), quando deveria entender que a criança faz aproximação muito grande da letra certa, não escolhendo uma letra que nada tem a ver com o som que quer representar" (CAGLIARI, 1989:142).

A juntura intervocabular e a segmentação se referem aos critérios que a criança usa para analisar a fala e que não corresponde aos espaços das palavras na escrita.

Os grupos tonais do falante, ou conjuntos de sons ditos em determinadas alturas, é um dos critérios que a criança utiliza para dividir a tua escrita (Idem, p. 143).

Todos os "erros" apresentados por D.G. são indicativos de que ele está operando com a língua escrita, fazendo seleções e experimentando recursos do sistema ortográfico do português.

09/julho/1991

Neste dia D.G. recebeu duas folhas com figuras e a primeira letra da palavra que deveria ser completada. Foram quarenta e duas palavras. D. errou cinco palavras (11.90%) e os erros foram de transcrição fonética (xali por xale); uso indevido da letra (galinha por galinha; pente por pente) e modificação da estrutura segmental das palavras (baide por balde; bomvom por bombom).

Após o término do exercício D.G. entregou-me um bilhete no qual a professora pedia minha colaboração para desenvolver um trabalho em sala de aula.

O resultado das **Atividades de Leitura** (I) estava começando a surtir efeito. A professora acreditava que valia a pena investir em D.G. em sala de aula, ela acreditava que ele dominaria o conteúdo, mas não sabia como motivá-lo.

Foi combinado que durante segundo semestre D.G. não faria acompanhamento no Hospital das Clínicas/UNICAMP e a professora receberia orientação de como interagir com este em sala de aula.

Foram feitas cinco sessões de orientação para a professora nas seguintes datas:

05/08/1991 1a. orientação

13/08/1991 2a. orientação

27/08/1991 3a. orientação

10/09/1991 4a. orientação

24/09/1991 5a. orientação

O teor destas orientações era que as atividades a serem desenvolvidas por D.G. seriam ditas a ele diante da classe e quando ele acertasse deveria ser enfatizado o tipo de acerto, também na frente da classe.

Em 22 de outubro de 1991, D.G. vai ao Hospital das Clínicas/UNICAMP e relata que a professora estava elogiando os seus trabalhos e que ele estava fazendo muitas coisas na escola. Suas notas em Matemática e Expressão foram C no bimestre agosto/setembro. ~

Neste mesmo dia D.G. fez um exercício sobre inferência verbal, o livro utilizado foi "UM MONTÃO DE AMIGOS" de JANE CARRUTH, editado pelo Círculo do Livro, cujo referência bibliográfica se vê no Anexo IX.

D. - *A quem se refere uns?*

D.G. - *Os esquilos*

D. - *A quem se refere outros*

D.G. - *Os esquilos*

D. - *Quando se fala eles fala-se de quem?*

D.G. - *Os esquilos*

D. - *Este se refere a quem?*

D.G. - *À árvore*

D. - E este ele

D.G. - Beto

D. - E este nós

D.G. - Beto e Suzana

D. - E este todos

D.G. - Esquilos

D.G. não errou uma pergunta, o que evidenciou que ele lida bem com recursos coesivos do texto. Agora D.G. não tinha mais receio de falar, já não era mais criticado pela professora e não generalizava mais o receio de se sair mal e ser criticado em outras situações além da escola.

Nesta semana, houve mais uma orientação para a professora no sentido de agir com D.G. como havia feito até então neste segundo semestre, pois em um encontro com D.G. no dia 20 de outubro de 1991, foi notado que ele estava muito entusiasmado com a escola e com a professora.

17/dezembro/1991

D.G. volta ao Hospital das Clínicas/UNICAMP e relata que havia sido aprovado para a série seguinte.

D.G. é respeitado e recupera o lugar de sujeito no processo de aprendizagem, não é o aluno função (GERALDI, 1991) que deve seguir as normas ideais impostas pela escola.

No entanto, as tarefas escolares realizadas, de julho a outubro, não ajudaram a diminuir os "erros ortográficos", aqueles mesmos que a escola aponta como prioridade para medir se a criança sabe escrever ou não. Os recursos expressivos típicos da escrita também não aparecerem no texto de D.G. O que a escola ensina?

Neste mesmo dia pedi-lhe que escrevesse um recado para alguém.

Preciso falar urgente com você ligueme amanhã na ora do almoço mel telefone e 2 7899¹⁷.

Comentei com D.G. que um recado é escrito por alguém e dirigido para alguém, o que faz com que a identificação do referente seja necessário (exceção feita a interlocutores que se identificam pela letra ou por fator de convivência muito próxima).

10/março/1992

D.G. volta ao Hospital das Clínicas/UNICAMP e me dá uma boa notícia, havia sido eleito representante de classe e tinha uma nova professora.

09/junho/1992

D.G. retorna ao Setor de Psicologia do Hospital das Clínicas, relata que está se saindo bem em todas as matérias, e que todos os seus conceitos no primeiro bimestre são C.

14/setembro/1992

No último retorno de D.G. ao Hospital das Clínicas, sua avó relata que a professora não a convocou para nenhuma reunião este ano e que esta mandou-lhe um bilhete dizendo que D.G. não tem problemas na escola para acompanhamento do conteúdo escolar e que continua líder da classe com bastante eficiência.

Desse dia em diante D.G. não "precisaria" mais de acompanhamento no Setor de Psicologia.

CASO 3

R.R.

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 30/03/81

Em agosto de 1983, R.R. foi matriculado no Hospital das Clínicas/UNICAMP para uma cirurgia de craniostenose; após a cirurgia, em outubro de 1983, foi encaminhado ao Setor de Psicologia pelo Ambulatório de Crescimento e Desenvolvimento, pois aos 2 anos e 7 meses não controlava esfíncter anal, não podia ouvir músicas que começava a chorar, dormia com luz acesa, era "agitado" e muito dependente da mãe. Porém, entendia o que se falava com ele e conhecia o local dos objetos domésticos.

O diagnóstico médico foi de R.D.N.P.M. (Retardo no Desenvolvimento Neuropsicomotor).

O pai era empregado na construção civil e a mãe havia sido babá de uma garota por cinco anos.

O primeiro filho do casal era quatro anos mais velho que R.R. e não teve problemas de desenvolvimento. O relacionamento familiar era harmonioso e havia interesse dos membros da família em auxiliar R.R. O único instrumento

utilizado para avaliação do caso foi a entrevista com a mãe e a observação da criança.

Após avaliação no Setor de Psicologia a família desta criança foi orientada para que, em linhas gerais, introduzisse outros hábitos na rotina diária como:

- 1 - sair para brincar ao ar livre e ter contato com outras crianças.
- 2 - ouvir músicas infantis e cantigas folclóricas.
- 3 - solicitar à criança que pegasse ou guardasse objetos, roupas, brinquedos e utensílios, sempre que fosse necessário no seu cotidiano.
- 4 - a mãe deveria criar situações de conversa com o filho além de descrever verbalmente as ações da criança.

Num primeiro momento da orientação procurou-se colocar a criança em várias situações e atividades diferenciadas, pois de acordo com LEONTIEV (1988) as circunstâncias concretas de sua vida determinam mudanças no desenvolvimento das crianças.

Por outro lado LEONTIEV (1988) afirma a importância do brinquedo, como o faz VYGOTSKY (1984), enfatizando as relações de controle entre as percepções e ações da criança colocando o brinquedo como constituindo condições do desenvolvimento da imaginação e cognição pois, segundo o autor,

os objetos têm força motivadora inerente, no que diz respeito às ações de uma criança.

Dessa forma, através do brinquedo, a criança atinge uma "definição funcional" de conceitos ou de objetos, e as palavras passam a se tornar parte de algo concreto (VYGOTSKY, 1984:113).

Outubro/1984

Quando a criança e mãe chegaram para a avaliação neste ano, R.R. já conseguia ter controle do esfíncter anal; guardava pequenos objetos domésticos como papel, vassouras, caixas e alguns brinquedos; ouvia e dançava com as músicas infantis e folclóricas; a mãe relatava que já não dependia tanto dela, e que em alguns momentos quando estava brincando com os carrinhos ou fazia alguma coisa para a mãe já não se mostrava tão agitado.

As queixas se resumiam à:

Não controlava esfíncter vesical diurno, ainda dormia com luz acesa, não podia ouvir músicas românticas (segundo a mãe) que chorava, se agitava quando queria alguma coisa e não era imediatamente atendido.

Outubro/1985

Ao retornar para reavaliação já controlava esfíncter vesical diurno; havia aprendido a ligar a televisão; tomava banho sozinho (tendo uma supervisão da mãe ao final do banho); vestia short e camiseta; conhecia a roupa de todos da família; defendia seus objetos pessoais de crianças da vizinhança; andava de velotrol e rolemã, comia com garfo; conhecia cores.

As queixas se referiam a trocas na pronúncia de palavras, e a não saber abotoar-se; não manejava faca; e pedia para ir para escola, pois dizia que queria brincar com as crianças.

Outubro/1986

Na avaliação deste ano, R.R. desenhava um quadrado e dizia que era a televisão; relatava tudo o que acontecia com ele; gostava de ouvir histórias e ajudava a contar acrescentando pedaços inventados por ele; ficava sozinho com seu irmão quando a mãe precisava sair. Pela primeira vez, a mãe pergunta se R.R. precisava frequentar a classe especial.

Várias eram as queixas sobre R.R: ainda trocava sons na fala, apesar de já estar fazendo terapia com uma fonoaudióloga em sua cidade de origem; brigava com as crianças

quando pegavam seus carrinhos; já conseguia abotoar-se, porém não combinava casa e botão com simetria; continuava sem manejar a faca, tinha medo de chuva; não conseguia escrever, porém pedia lápis e papel para fazê-lo.

Outubro/1987

Quando R.R. retorna para avaliação do seguimento anual, já conseguia abotoar-se, vestir-se e tomar banho sozinho. Sabia manejar os talheres e se servir à mesa. Ia à casa de outros garotos da vizinhança. Parava à beira da calçada e atravessava no sinal de pedestre.

Conhecia o trajeto de ida e volta para casa, mas era sempre acompanhado por alguém da família.

Estava frequentando uma pré-escola municipal.

Como queixa havia um relato da mãe de que R.R. não escrevia e a professora ia mantê-lo na pré-escola por mais um ano; em casa guardava seus brinquedos, porém não ajudava em pequenas tarefas domésticas como varrer o quintal, colocar o lixo na rua, arrumar sua cama que, segundo a mãe, o irmão com sua idade já fazia.

Outubro/1988

Neste ano R.R. já fazia as pequenas tarefas domésticas que a mãe solicitava; gostava muito de desenhar e fazia desenhos para explicar o que havia acontecido com ele; estava terminando o ano letivo e a professora havia encaminhado R.R. para uma psicóloga da Prefeitura para fazer uma avaliação, para que ele pudesse frequentar uma classe especial.

No Setor de Psicologia R.R. foi submetido à ESCALA DE MATURIDADE SOCIAL DE VINELAND (Anexo V) e seu resultado evidenciou que ele se encontrava ao nível de 7 anos em relação à maturidade social, porém não tinha noção de horas, nem de dinheiro.

Num período de 5 anos, R.R. aprendeu o controle de esfíncteres, cores, formas, objetos e utensílios domésticos de uso cotidiano, vestir-se, calçar-se, além de identificar os aspectos sociais da comunicação, do desenho e algumas funções da escrita além de ter auto-controle necessário à convivência diária.

Na realidade, a psicóloga atuou como mediadora em relação à mãe, e esta, por sua vez, em relação ao desenvolvimento de R.R. numa perspectiva de zona de desenvolvimento proximal (VYGOTSKY, 1984).

Outubro/1989

Quando R.R. vem para avaliação relata que teve alta da terapia fonoaudiológica em sua cidade, fica aproximadamente vinte minutos contando suas experiências pessoais na escola com a professora e os colegas, relata também o que faz com o irmão e os pais. Sai todo fim de semana com o pai e o irmão para jogar futebol.

Segundo a mãe, ele não tem mais medo de chuva ou do escuro, e a professora da classe especial não fez queixa do desempenho de R.R.

Mantêm-se como queixa, o fato de R.R. ainda não conseguir conhecer o valor do dinheiro e ver horas no relógio.

Outubro/1990

Neste ano, R.R. foi encaminhado para o Ambulatório de Endocrinologia e após avaliação foi constatado que é um maturador lento, pois sua idade óssea registrou 6 anos contra uma idade cronológica de 9 anos.

A mãe relatou que R.R. mudaria de escola, mas continuaria em classe especial.

Já conhecia as horas inteiras e meia horas, porém não sabia fazer as aproximações ou transformações em minutos. Ainda não conhecia dinheiro.

Em casa era organizado com seus brinquedos e objetos pessoais, fazia as tarefas escolares, brincava com os garotos da vizinhança, ficava sozinho quando necessário e todo final de semana acompanhava o pai e o irmão para jogar futebol.

Outubro/1991

Durante este ano, R.R. frequentou uma outra classe especial e a professora comunicou à sua mãe que ele ainda continuaria nela pelo ano de 1992.

R.R. ainda tinha dificuldades em estabelecer relações entre um conceito e outro ou intra-classes numa categoria.

Não conhecia dinheiro e não sabia antepor ou justapor os minutos às horas.

Como orientação, houve uma sugestão para que a família colocasse R.R. para praticar modalidades esportivas como futebol (que ele já jogava), jogos de salão ou natação.

Outubro/1992

R.R. já estava alfabetizado e era capaz de executar as quatro operações aritméticas. Mas ainda exigia cuidados, visto que, segundo a professora, o ano de 1993 seria para prepará-lo para a classe regular de segunda série do primeiro grau.

Em relação à maturidade social, R.R. equiparava-se às crianças de doze anos.

A avaliação do neuropediatra indicou Exame Neurológico Evolutivo Normal (E.N.E.N.). R.R. senta-se na sala, conversa sobre suas experiências escolares e com os amigos, relata fatos que ocorrem na natação, em jogos de futebol a que assiste ou outros passeios que faz com a família. É ele quem devolve sua pasta na pós-consulta e vai fazer o agendamento no computador.

Para R.R. o cotidiano da vida é suficiente para garantir o desenvolvimento. Provavelmente, neste final de ano, quando for para a classe regular não necessitará mais das orientações psicológicas e será desligado do Setor de Psicologia.

O acompanhamento destas crianças mostrou que o caminho para ajudá-las começou pelo abandono de muitos preconceitos e revisão de muitos conceitos.

NOTAS DO CAPÍTULO V

- 1) Nota-se, por exemplo, que "uso indevido de letra" recobre fenômenos totalmente diversos entre si: cançado e serta são escritas possíveis face aos valores dos grafemas ç e s; essame revela também que a aluna reconhece o valor de /z/ dos grafemas s e x e provavelmente sua memória visual é responsável pela "recusa" de grafia "esame"; há algo de diferente nesta palavra e o diferente é o grafema x com valor fonético/fonológico de /z/; carvam é uma forma ortográfica que revela oscilação no registro gráfico da nasalização (ditongos nasais, no português, admitem tanto a grafia ão (carvão) quanto am (amam); lijeira remete às diferentes formas, no português, de registro gráfico do fonema /s^v/: ch (cheio) - x (lixo); soja que revela uma aproximação com hipercorreção do dialeto padrão; soudado - para os brasileiros que falam o português o /l/ no final das sílabas adquire o valor de /w/ e o aluno precisa da memória etimológica da palavra para fixar sua forma gráfica (FARACO, 1992). Para este mesmo autor a "correção" da pronúncia do aluno ou a pronúncia artificial do professor em sala de aula só impedirão o aluno de criar estratégias para enfrentar

estas arbitrariedades do sistema ortográfico; preçi e quenti são formas ortográficas possíveis para a transcrição fonética da fala padrão; linga - o ditongo crescente /wa/ foi substituído pela vogal a; quada revela que a ocorrência de palavras no português cuja sequência de letras seja CVVC são pouco comuns e portanto causam maior dificuldade de representação gráfica para os alunos, que não sabem como grafar o /r/ após o registro da sílaba tônica.

2) Falar em começô e soltô remete ao fenômeno da monotongação em que /ow/ é substituído por /o/ no dialeto de brasileiros tanto do meio rural quanto do meio urbano.

3) ilodo é uma hipercorreção causada pelo registro ortográfico com (o) da produção fonética /u/ em final de sílaba átona, as correções deste tipo de ocorrência levam a criança ao registro ortográfico /o/ para todo(u). Isto revela que a aprendizagem se deu por generalização inadequada da regra de elevação da vogal átona final arredondada de /o/ para /u/ na pronúncia da maior parte das variedades do português; rasa e masa revelam que as possibilidades de representação gráfica do fonema /s/ entre vogais pode ser: ss (como em massa), c ou ç (como em raça), sc ou sç (como em cresce e nasça), x (como em máximo), xc (como em excedente, excêntrico, exceção e

excitação) e xs (como em exsicar, exsolver, exsudar, e exsucção sendo estas últimas palavras mais comuns no dicionário que no uso de linguagem); vorsa - (por força) /s/ seguido da vogal a pode ser registrado graficamente com ç; a troca de f por v, ambas labiodentais fricativas sendo que o que as diferencia é o traço de sonoridade que ainda apresenta instabilidade. Quanto à grafia em alguns contextos, o que não revela incapacidade de distinguir sonora/surda, como mostram as grafias das outras palavras; soriso e bara indicam que a vibrante /R/, ocorrendo entre duas vogais deve ser grafada com reduplicação (dígrafo rr); da qui por daqui revela conhecimento do processo morfológico da aglutinação; diqui - para a representação gráfica de de, ela utilizou da transcrição fonética da fala e para quem percebeu o ditongo nasal sem contudo ter percebido seu registro ortográfico; encarô é exemplo do fenômeno da monotongação; vesdindo - como as consoantes t e d linguodentais oclusivas orais, que têm como traço distintivo somente a sonoridade, podem em algumas situações serem confundidas pelo aluno e trocadas uma pela outra; live por livre mostra a dificuldade ainda não superada de registro de encontro consonantal, em sílabas do tipo CCV.

- 4) indre vista - além da segmentação vocabular, ocorre entre as consoantes linguodentais oclusivas orais uma instabilidade quanto à grafia que ora é representada pela surda /t/ ou pela sonora /d/.

por que - o desconhecimento das condições de grafia do por quê?, porque e porquê resulta também de uma "consciência morfológica" do processo de formação de palavra.

peso - a representação do fonema /s/ neste contexto poderia ser ç ou ss. Note-se a coerência, nestes casos, de uma escrita fonológica (masa por massa; vorsa por força; rasa por raça; peso por peço; poso por posso).

ver - aqui ocorre uma hipercorreção de /i/ para /e/ pois no português é comum o /i/ ser substituído por /e/ na escrita, especialmente o átono de final de palavra.

- 5) sacia - nesta palavra há ocorrências de dois problemas: o primeiro é uso inapropriado de uma consoante fricativa labiodental surda /f/ por outra fricativa alveolar surda /s/; o segundo diz respeito à sonora /z/ representada graficamente por /c/, neste contexto uma das formas de representação gráfica de fricativa surda /s/.

faser - no contexto vogal V-V, o fonema /z/ pode ser representado pela consoante s ou z.

mintia/mentia - flutuação na escrita resultado de transcrição fonética da fala.

gesia - nesta palavra há duas ocorrências, a primeira delas envolve a troca de representação da unidade /k/ por /g/. A consoante g diante de /e/ e /i/ representa o fonema /z^v/, daí seu uso inadequado neste contexto; a segunda se relaciona às diferentes formas ortográficas que assume o fonema /s/.

pinóquio - não houve observação da regra de grafar com maiúsculas os nomes próprios ou de personagens.

6) Neste caso aparece novamente a monotongação /a^v só/.

7) fomus - corresponde à transcrição fonética da fala em que /o/ é substituído por /w/ e representado por u; estáno - é uma juntura vocabular que corresponde à percepção da produção fonológica; topoga nesta palavra há o uso inadequado do b pelo p, ambas são oclusivas, bilaterais,

orais, cuja única distinção é o traço de sonoridade e o não registro da vogal nasal /ã/ que parece ser uma dificuldade maior para as crianças do que a marca de nasalização com /m/ ou /n/. A criança desconhece como se grafa e arrisca hipóteses.

- 8) cel - o fonema sonora /s/ tem possibilidade de ser representada graficamente de onze maneiras diferentes.

No início das palavras o /s/ pode ser representado pelas letras e ou c quando seguidos das vogais anteriores /e/ ou /i/. Como a unidade sonora /s/ é a que apresenta maior dificuldade para representação gráfica (FARACO, 1992 - Nota (14), p. 61) é fácil entender que por se tratar de uma representação arbitrária, o domínio de estratégias mnemônicas é de grande utilidade para os alunos na superação destas dificuldades. Quanto à troca de /w/ por /l/ se deve há generalização da regra por hipercorreção; a por há revela o desconhecimento de que o verbo haver é escrito com h. Este é um caso de ausência da memória etimológica da palavra, segundo o autor acima citado.

- 9) delisiozo - novamente aparece a dificuldade em representar o fonema /s/ diante de /i/ que se dará pela letra c e a representação de /z/ no contexto VCV, que ora se faz através

da letra s ora através da letra z; lite não representou o vogal /e/ no ditongo decrescente em leite; ensensia na sílaba inicial houve nasalização do /e/ com o acréscimo de /n/ transformando a representação gráfica de /S/ correta com a letra s quando deveria ser registrado o digrafo ss e na sílaba final aparece novamente a dificuldade em representar a unidade sonora /s/ com a letra c diante de /i/; braunlia - acrescentar um encontro consonantal é uma modificação da estrutura segmental da palavra que não corresponde à modificação de nenhuma regra de representação gráfica, houve também a não representação da vogal anterior /i/ na sílaba medial da paroxítona baunília.

10) urjente - a unidade sonora /z^v/, diante da vogal anterior /e/, pode ser representada por g e por j. A representação menos frequente é com j e segundo FARACO (1992) "nas séries iniciais, talvez o melhor recurso seja trabalhar diretamente com a memorização da forma das palavras mais frequentes" (p. 26).

11) frecha - na variedade dialetal rural do português brasileiro e na periferia das cidades onde se concentram os migrantes, o encontro consonantal C + /l/ é substituído por C + /r/. "Para estes falantes, saber quando esse encontro

consonantal se grafa com l ou r é uma questão arbitrária: eles têm de aprender de cor como se escreve" (FARACO, 1992:13).

A garota deste estudo veio do meio rural para a cidade sendo natural sua grafia com a letra r no lugar de l.

caoiu - na sequência CVVV foi introduzido a representação gráfica o transformando a palavra em CVVVV que não existe em português. É uma modificação na estrutura segmental da palavra por acréscimo.

- 12) cocegado mente - além da segmentação vocabular, como se fossem duas palavras distintas, ocorre também, na segunda sílaba, a representação do fonema /s/ por c em contexto correto (antes de e), uma escrita possível.

derepente - a juntura vocabular ocorre face ao vocábulo fonológico, que não tem segmentação na fala.

- 13) goli - indica a transcrição fonética da vogal anterior /e/ que no português do Brasil é pronunciada como /i/.

jema - as vogais anteriores /e/ e /i/ tanto podem ser precedidas da consoante g ou j; neste caso a convenção da escrita se faz por representá-la com g.

juis - tratando-se de ditado de palavras soltas, seguindo-se depois de cada uma delas pausa, há ensurdecimento da consoante nestes contextos em outros contextos diante de surdas. A escrita juis ou juiz são, pois, possíveis.

jaci, jaime, luiz - revelam o não domínio de regra do uso de convenção para nome próprio.

--

- 14) linpeza - a convenção da escrita indica que antes de p e b utiliza-se o m e não o n como marca da nasalidade.

nal - a colocação do /l/ final foi adequada, porém houve desatenção do garoto no desenho da letra m.

bebedoures - aqui se observa o fenômeno da ditongação que às vezes é uma manifestação da tentativa de aproximação do dialeto padrão.

- 15) doto - por boto - não se pode afirmar que D. tenha dificuldades relativas a espelhamento d/b, já que em outros

contextos isto não ocorre; no entanto, parece haver instabilidade no domínio da figura do grafema b, já que o problema reaparece em adriaspas (por abre haspas) e em darra (por barra).

líviri - houve uma inversão na posição das unidades sonoras /i/ e /r/ e uma transcrição fonética da fala em /i/ no lugar de /e/.

ius por quis não registrou a unidade sonora /k/ e modificou a estrutura segmental da palavra.

omde - revela a não fixação da regra de escrita que disciplina o uso das consoantes m e n para marcar nasalização em sílaba interna da palavra.

rasa, masa, dese, esa na representação do fonema /s/, uma escrita possível.

soriso - a vibrante /R/, entre vogais, deve ser representada por um dígrafo, quando em outros contextos é representada por R.

aforsa - apresenta uma palavra fonológica unindo o artigo ao substantivo e novamente a representação do fonema /s/ que admite diversas representações gráficas no português.

dim - não registrou a unidade sonora /s/ e substituiu por /m/ que na fala corresponderia a uma nasalização.

mel, sol - hipercorreção da unidade sonora /w/ no final da palavra por representação através de /l/.

em cara - segmentação de um vocábulo em duas palavras do seu conhecimento: em e cara. --

16) poso - repete-se aqui a questão do registro ortográfico do fonema /s/.

estol, olto - são procedimentos de hipercorreção nos quais a representação de /w/ por /l/ foi genralizada.

doete - não houve representação gráfica da nasalização.

venha qui - foneticamente há um /a/ no vocábulo fonológico /veña 'ki/.

- 17) ligueme - a juntura vocabular expressa uma palavra fonológica, o verbo e o pronome constituem uma unidade sonora na pronúncia.

mel - hipercorreção da unidade /w/ pela representação da consoante l.

Ora - transcrição fonética da fala e como na escrita convencional da palavra há a presença de uma memória etimológica que a criança desconhece.

CONCLUSÃO

O preconceito é a categoria do pensamento e do comportamento cotidiano

(HELLER, O COTIDIANO E A HISTÓRIA, 1989:43)

— —

O pensamento cotidiano é oriundo da experiência e sua ultrageneralização pode ocorrer porque as pessoas se apropriam de estereótipos: analogias e esquemas já elaborados ou então por força disciplinadora dos grupos de referência que impõem padrões e pressões para que os indivíduos se amoldem a seus estereótipos, analogias e esquemas. ..

A ultrageneralização, como um tipo de juízo provisório que se antecipa à qualquer atividade cotidiana, mantém uma relação de oposição aos juízos científicos e são a expressão de opiniões.

No entanto, para que um juízo provisório se transforme num preconceito, ele necessita refutar qualquer

experiência sistematicamente analisada e se fixar como juízo, pois sua base não é racional mas afetiva.

Quando as crianças observam os comportamentos dos adultos e aprendem a repetir suas racionalizações, podemos concluir que houve a passagem para uma nova geração de um preconceito que pode se transformar em preconceito de um grupo, ou uma classe, isto é, um preconceito social.

Alguns preconceitos assumidos pela educação se referem ao mito de que "criança desnutrida não aprende", "pretos são pessoas pouco inteligentes"; "ensinar higiene e ordem elimina a pobreza", "não ir bem na escola é problema neurológico".

Como alguns indivíduos afásicos (cérebro-lesados) apresentavam dislexia, a força das transformações do conhecimento científico aliado às pressões exercidas pelos senso comum deram força à hipótese que relaciona "dislexia com disfunção".

Para os médicos, sua tarefa, do ponto de vista de sua missão científica, é descrever as doenças e propor alternativas para controlá-las ou dizimá-las - "conjurar o sofrimento e a morte" (FOUCAULT, 1987:58).

Enquanto a medicina tem se preocupado nestes últimos quase cem anos em descrever a dislexia, uma vez que o médico se vê como o responsável pela saúde no espaço social, além de se

permitir ser um terapeuta na relação médico paciente (espaço pessoal), o médico cria as condições, numa função pedagógica de difusor do conhecimento médico, para a constituição do senso comum sobre a saúde, senso comum que vai por sua vez realimentar outros profissionais do sistema social que remetem ao médico, de uma forma generalizada, todos aqueles que se apresentarem como "problemáticos" e "divergentes". Numa perspectiva de polaridade saúde-doença, quem tem "problema" só pode ter "doença".

E, se porventura, doença não se configura como uma lesão, como se viu na história de sua constituição, desloca-se a atenção para um duplo, um clone que pode tentar descobrir uma doença peculiar - a doença mental. O encaminhamento para psiquiatras e psicólogos altera a postura de medicalização para uma postura de patologização.

Nesta perspectiva, não há necessidade de alteração do organismo, o que fortalece a **postura de encaminhamento** por parte dos professores de todos os "alunos com problemas de comportamento", ou melhor os "desatentos", "agressivos", "irrequietos", "apáticos", "desligados" e "assustados".

A formação discursiva pedagógica que justifica tais encaminhamentos constitui-se, como se viu ao longo deste trabalho, de um conjunto de enunciados provenientes da medicina e construídos ao longo da história de pesquisas sobre a

dislexia. Tais enunciados, no entanto, chegam à escola pela via do discurso de vulgarização do "conhecimento" médico, repletos de senso comum.

Os enunciados do professor se identificam com a escola na sua postura tradicional de sede do saber e que se outorga a legitimidade de moldar ou excluir os alunos segundo seus critérios de competência. Os critérios de competência ideológicos afirmam que todos devem trilhá-la, porém, os critérios sociais capacitam os que podem fazê-lo.

Os enunciados dos alunos fazem um movimento contrário ao contexto de sua inserção e se desdobram em posturas de incapacidade, de impossibilidade, com redução de auto-estima e de auto-controle.

Numa matriz de complementariedade, estes papéis se mantêm por formulações enunciativas que se compõem pelas explicitações e significações encobertas que os sujeitos vão executando ao longo de suas vidas, no cotidiano de suas existências.

Os professores, por seu turno, garantem o processo seletivo da educação, como meio de garantia da estrutura social, com critérios diferenciados para os diferentes indivíduos em todos os graus de ensino.

Para BOURDIEU E PASSERON (1975) estes critérios são oferecidos pela ideologia do mérito e se referem aos mesmos

critérios da ideologia do dom, tal como tratada por SOARES (1987).

Os alunos, por sua vez, se revestem de um ethos de classe - conjunto de atitudes e valores que levam à auto-seleção e norteiam suas próprias expectativas, que em complementariedade, confirmam as expectativas do professor.

No entanto, para que ocorra o encaminhamento da área da educação para a saúde, há um rito de passagem que se identifica com o pré-diagnóstico dado pelo professor, que se orienta pelas formulações do senso comum na educação, representadas pelos modelos psico-educacionais, psico na perspectiva de patologização e educacionais como dificuldades no sistema escolar.

Este rito se reveste de seriedade quando o professor afirma que seus encaminhamentos ocorrem após observações sistemáticas, ao gosto do conhecimento científico.

Estas observações são endossadas pelos pais uma vez que no sistema escolar o professor tem direito à palavra que "sistematiza" as dificuldades das crianças.

A procura por recursos fora da Educação é legitimada pela busca da avaliação das capacidades intelectuais, pois se o ensino é bom, não aprender é "incapacidade" e o encaminhamento transveste-se de necessidade real.

O documento 613 da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1977), que propõe critérios para a saúde mental numa perspectiva que considera o desenvolvimento psico-social da infância, permite uma analogia entre os contingentes excedentes dos feudos, que se alojavam nas vilas novas, com os excedentes urbanos que se alojam nas favelas.

O aumento crescente destes excedentes criam muralhas defensivas invisíveis nas quais a demarcação entre quem participa da vida da cidade e quem é excluído são disciplinados por deveres e direitos que são ideologicamente manejados para poucos, pois o abismo entre o cotidiano das pessoas e o discurso da igualdade de direitos é a realidade.

Esta barreira invisível se deve à psicologização das questões sociais que deslocam os indivíduos de seus contextos sócio-históricos-culturais e os colocam sob um contexto que se encerra no seu ambiente interno - suas emoções, sua cognição, seus aspectos socio-culturais filtrados pelos valores da família. Como na vida cotidiana há um jogo de forças entre o homem genérico e o individual, as pressões de grupo forçam as identificações dos homens direcionando-as ao seu aspecto individual, perpetuando, assim, a possibilidade de manutenção das desigualdades sociais, como uma questão de "consciência" pessoal.

As representações sociais que se fazem da saúde, como analisaram BOLTANSKI (1989) e SUCUPIRA (1986), deixam claro que para a saúde mental a questão do "distúrbio de aprendizagem", numa frequência alta de ocorrência, tem exercido um papel de discriminação social (COLLARES E MOYSÉS, 1986, 1992 e 1993).

E a busca de clínicas particulares ou ambulatórios com atendimento multidisciplinar seria uma tentativa de não se perifericalizar, ou melhor, não permitir aos seus descendentes que tal processo ocorra, uma vez que a consciência de classe não é propiciada para população marginal.

O próprio jogo das contradições sociais garante a manutenção deste tipo de organização social. E bem cedo já é perceptível até pelas crianças - veja por exemplo o que D.G. escreveu sobre sua escola (e seu sucateamento). Criar escolas, porém não fazer a manutenção dos edifícios e não equipar ou garantir um corpo técnico para geri-la quer dizer que, na realidade, a escola é para poucos - aqueles que podem pagá-la.

Assim como a saúde é para poucos (BERLINGUER, 1993), a educação também é. O não equipamento e a cobrança por serviços especializados é o instrumento da discriminação.

Os procedimentos científicos e a tecnologia são mercantilizados como soluções possíveis, embora inacessíveis a todos. Numa perspectiva de contra-corrente a este movimento de mercantilização, há a recuperação da ética como uma retomada

dos valores humanos como marca primordial das atividades humanas.

Será que haverá uma síntese entre as porpostas mercantilistas e a ética? No próximo século como será encarada a saúde e a saúde mental? Não há mais questões religiosas que impeçam uma visão de saúde unitária; onde as questões afetivas e cognitivas possam ser consideradas como aspectos básicos do homem na comunidade.

Transitar num eixo que vá do normal ao patológico é colocar-se questões sobre a condição humana. Os valores, os preconceitos, os afetos e a cognição podem ser vistos numa perspectiva de processo de aquisição que comportam uma avaliação qualitativa que alarga os limites de uma aritmética de soma e subtração.

A passagem gradativa dos sintomas de dislexia para o senso comum (MOSCOVICI, 1986) leva a uma prática generalizante: o professor acaba incorporando e promovendo a patologização no processo escolar de aquisição de conhecimentos - em sua avaliação do material escrito da criança, aparece um léxico explícito, uma metalinguagem não acompanhada de um saber técnico, proveniente da área médica, que se prolifera, espalhando-se para o interior das salas de aula permitindo pré-diagnósticos supostamente científicos porque travestidos de um vocabulário médico.

É com sujeitos encaminhados por tais professores que trabalha o Setor de Psicologia. Após o encaminhamento, pais, professores e alunos esperam uma atuação do psicólogo que "resolva" os problemas. Seria simples re-encaminhar os sujeitos à escola, dado que não há "dificuldade de aprendizagem", mas um sistema escolar com dificuldades de ensino. Permanecendo, no entanto, o sistema escolar como está, o re-encaminhamento seria apenas a continuidade de um vai-e-vem sem fim. Por outro lado, como se pôde verificar no relato de casos, a atuação do Setor poderá reforçar o senso-comum, aparecendo a atuação do psicólogo, em cada caso "resolvido", como a confirmação deste senso-comum.

Oscilando entre uma e outra saída, trabalhando ora com as crianças, ora com seus professores, o que se procura desenvolver na atuação prática são ações iluminadas por perspectivas discursivas de compreensão do funcionamento da linguagem e de sua relação com a construção das operações cognitivas.

"O pensamento de um construtor, que resolve uma tarefa prática de construção, processa-se com a mesma orientação interna na condição da tarefa, com a mesma discriminação dos componentes mais importantes e construção do plano (estratégia) de ação que o

pensamento de um físico ou lógico que resolve uma complexa tarefa abstrata" (LURIA, 1979:9).

De acordo com LURIA a construção da atividade consciente do homem depende de como formas complexas de atividade intelectual se relacionam com a linguagem.

Estas formas complexas de atividade intelectual se organizam através de formas mais simples como os comportamentos sensório-motores, no nível mais básico; a seguir, num nível intermediário, estão os comportamentos perceptivos que envolvem a análise de uma situação qualquer através da discriminação dos elementos relevantes seguida de um comportamento adaptativo às condições da situação percebida, e, finalmente, no nível mais complexo se situa o comportamento intelectual, que não ocorre no campo direto da percepção, mas no nível representacional da linguagem em funcionamento, isto é, em seu caráter instrumental (da linguagem).

Os esquemas representacionais linguísticos são ações sociais através das quais as crianças e os adultos interagem. De fato, esta interação tem um caráter discursivo, onde cada qual, por sua vez toma o papel de interlocutor e, na solução de tarefas práticas, o diálogo funciona como diretor das ações das pessoas envolvidas nesta solução.

A exteriorização da linguagem comunicativa tem um caráter instrumental, entendido como a possibilidade de transformar o outro, a si e à própria interação dialógica, bem como a visão de mundo dos interlocutores. O conjunto destas operações pode ser denominado de processo de significação como o exprimem MORATO E COUDRY (1991): a noção de funcionamento da linguagem implica a produção de significações em três instâncias: o sujeito com o interlocutor; o sujeito com o mundo e o sujeito com a própria linguagem.

Nesta perspectiva ler e escrever, que são manifestações da linguagem, implicam a construção de significados através de interações nas três instâncias acima referidas: na relação entre os sujeitos; na relação dos sujeitos com o mundo e nas relações dos sujeitos com a própria linguagem.

O locutor colocará em seus enunciados seus valores, preferências e marcas cognitivas que o identificam com os aspectos genéricos da comunidade traduzidos na sua visão de mundo.

E, finalmente, ao longo deste percurso se constituirá a sua linguagem como um instrumento cognitivo e de comunicação com os outros e o mundo tornando-o sujeito de sua história.

É a retomada desta construção histórica do sujeito social que subjaz aos trabalhos desenvolvidos. Para o leigo, a

solução de problemas de ajustamento é a atribuição mais frequente do psicólogo.

O próprio psicólogo se deixa influenciar e responde às concepções de doença mental que a sociedade fornece. Muitos psicólogos desenvolvem suas atividades profissionais baseados numa concepção tradicional centrada no indivíduo, na qual o diagnóstico é patologizante e a atuação profissional é curativo-reabilitadora. Isto quer dizer que, geralmente, as técnicas aprendidas durante o curso de formação são replicadas, a atuação profissional é mimetizada e os pressupostos de adaptação social implicam na manutenção do status-quo.

Numa outra concepção, a análise psicológica é uma análise das situações-problemas e a determinação dos níveis de atuação, ou a escolha e mesmo a criação de técnicas e procedimentos que caracterizam a própria atuação, não em estados bipolarizados, mas como processos de constituição dos objetos de análise.

Ora, isto implica em criar condições, através do trabalho psicológico, para o indivíduo ser o sujeito de sua história "desde mudanças pequenas nos hábitos, atitudes e expectativas até lutas maiores por transformações econômicas-sociais e políticas" (ANDERY, 1984:31).

A noção de ato político se relaciona ao aspecto transformador do comportamento humano, ao fato de o indivíduo se modificar e modificar o seu meio sócio-cultural.

Coloca-se neste momento uma questão para a Psicologia e para os psicólogos: o contexto brasileiro.

Os textos didáticos são em sua maioria estrangeiros e veiculam um saber psicológico sobre homens e mulheres norte-americanos ou europeus.

Aplicar na área profissional da saúde-doença mental esses padrões importados sem maior aprofundamento crítico pode resultar num reforço à visão de marginalidade que a maioria do povo trabalhador oferece aos olhos desavisados do profissional psicólogo e dos demais profissionais de nível universitário que estudam esse tipo de Psicologia (ANDERY, 1984:32).

Este alerta é fundamental para desenvolver a observação e a crítica, por parte dos profissionais, em relação ao uso dos instrumentos propostos pela psicologia, que são muitas vezes criados para culturas e populações de classes sociais diferentes da classe trabalhadora brasileira.

O básico, com tal enfoque, é centrar na análise da instituição, seus objetivos, os grupos que a compõem e a relação da instituição com a vida cotidiana das pessoas (numa tentativa de descentrar da figura do chamado aluno problema as questões da aprendizagem e do ensino).

BIBLIOGRAFIA

- 001.ABAURRE, M.B.M. - O Que Revelam os Textos Espontâneos Sobre a Representação Que Faz a Criança do Objeto Escrito? Estudos Linguísticos XIV. Anais de Seminários do GEL. Campinas, 1987.
- 002.ADAMS, R.D. e VICTOR, M. - **Principles of Neurology**. N.Y. McGRAW Hill. 4a. Ed., 1989.
- 003.AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, (DSM II), 1968.
- 004.AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (DSM-III), 1982.
- 005.AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. DSM-III-R, 1987.
- 006.ANDERY, A.A. (1984) - Trabalho em Comunidade: Seu Significado Para a Produção de Novos Conhecimentos Científicos. **Psicologia-Ciência e Profissão**. ANO 4 (1):30-33.

- 007.BAKHTIN, MIKHAIL - **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo. Editora Hucitec, 1981.
- 008.BARRON, R.W. (1986) - Word Recognition in Early Reading: A Review of the Direct Access Hypotheses. **Cognition**, 24:93-119.
- 009.BENDER, L. - A Visual Motor Gestalt Test and Its Clinical Use. **Research Monography no.3. American Orthopsichiatric Association**, N.Y. American Orthopsychiatric Association Inc, 1938.
- 010.BENTON, A. - Dyslexia in Relation to Form Perception and Directional Sense. In: **Reading Disability: Progress and Research Needs in Dyslexia**. Ed. by J.Money. John Hopkins Press. Baltimore, 1962.
- 011.BERLINGUER, G. - (1993) O Direito à Vida e a Ética da Saúde. **Lua Nova. Revista de Cultura e Política**. 30:121-143.
- 012.BOLTANSKI, L. - **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro. Ed.Graal, 1989.

- 013.BOURDIEU, P. - **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro. Marco Zero, 1983.
- 014.BORDIEU, P. e PASSERON, J.C. - **A Reprodução, Elementos Para Uma Teoria do Sistema de Ensino**. Rio de Janeiro. Francisco Alves, 1975.
- 015.BRADLEY, L. e BRYANT, P.E. (1983) - Categorizing Sounds and Learning to Read: a Casual Connection. **Nature**, 301:419-421.
- 016.CAGLIARI, L.C. - **Alfabetização e Linguística**. São Paulo, Editora Scipione, 1989.
- 017.CANGUILHEM, G. - **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1990.
- 018.COLLARES, C.A.L. e MOYSÉS, M.A.A. (1986) - Educação ou Saúde? Educação x Saúde? Educação e Saúde! **Cadernos do CEDES**, 15:7-16.

019. COLLARES, C.A.L. e MOYSÉS, M.A.A. (1992) - O Renascimento da Saúde Escolar Legitimando a Ampliação do Mercado de Trabalho na Escola. **Cadernos do Cedes**, 28:23-29.
020. COLLARES, C.A.L. e MOYSÉS, M.A.A. - **Diagnóstico da Medicalização do Processo Ensino - Aprendizagem na 1a. Série do 1o. Grau do Município de Campinas. Relatório de Pesquisa.** INEP-CNPq, 1993.
021. COLTHEART, M. (1987) - Varieties of Developmental Dyslexia: a Comment on Bryant and Impey. **Cognition**. 27:97-101.
022. CORRÊA, M.A.M. (1992) - De Rótulos, Carimbos e Crianças Nada Especiais. **Cadernos Cedes**, 28:69-74.
023. COUDRY, M.I.H. - Dislexia Um Bem Necessário. **Estudos Linguísticos XIV. Anais de Seminários do GEL.** Campinas, 1987.
024. ----- - **Diário de Narciso. Discurso e Afasia: Análise Discursiva de Interlocuções com Afásicos.** São Paulo. Ed. Martins Fontes, 1988.

- 025.COUDRY, M.I.H. e SCARPA, E.M. - De Como a Avaliação de Linguagem Contribui Para Inaugurar ou Sistematizar o Déficit. In: Rojo, R.H.R.; Cunha, M.C. e Garcia, L.M. - **Fonologia e Linguística**. São Paulo. Educ., 1991.
- 026.COUNCIL OF SCIENTIFIC AFFAIRS (1989) - Dyslexia. **J. American Medical Association**, 261(15):2236-2239.
- 027.CUBA DOS SANTOS, C. - **Dislexia Específica de Evolução**. São Paulo. Sarvier, 1973.
- 028.DALBY, T.J. (1986) - Note: An Ultimate View of Reading Ability. **International J. Neuroscience**, 30:227-230.
- 029.DESCARTES, R. - **Os Pensadores**. São Paulo. Abril Cultural, 1979.
- 030.DONNANGELO, M.C.F. - **Medicina e Sociedade**. São Paulo. Pioneira, 1975.
- 031.----- - **Saúde e Sociedade**. São Paulo. Duas Cidades, 1976.

- 032.DOWNING, J. - A Influência da Escola na Aprendizagem da Leitura. In: FERREIRO, E. e PALACIO, M.G. **Os Processos da Leitura e Escrita. Novas Perspectivas.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1987.
- 033.EDFELDT, A.W. (1955) - Reading Reversal and Its Relations to Reading Readness. **Research Bulletins from the Institute of Education.** 1 (jan), (Univ.of Stocholm).
- 034.EZPELETA, J. e ROCKWELL, E. - **Pesquisa Participante.** São Paulo. Cortez Editores Associados, 1989.
- 035.FARACO, C.A. - **Escrita e Alfabetização.** São Paulo. Ed. Contexto, 1992.
- 036.FERREIRO, E. e PALACIO, M.G. - **Os Processos de Leitura e Escrita. Novas Perspectivas.** Porto Alegre. Artes Médicas, 1987.
- 037.FOCAULT, M. - **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro. Forense-Universitária, 1980.

038. FOCAULT, M. - **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro. Forense-Universitária, 1987.
- 039.----- - **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1991.
- 040.FRANCHI, C. - **Hipóteses Para Uma Teoria Funcional da Linguagem**. Tese de Doutorado Apresentada no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, 1976.
- 041.----- (1992) - **Linguagem-Atividade Constitutiva**. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, 29:9-39.
- 042.GALABURDA, A.M. (1985) - Developmental Dyslexia: A Review of Biological Interactions. **Annals of Dyslexia**. 35:21-33.
- 043.----- (1988) - The Pathogenesis of Childhood Dyslexia. **Language, Communication and the Brain**, 66:127-136.
- 044.----- (1989) - Ordinary and Extraordinary Brain Development: Anatomical Variation in Developmental Dyslexia. **Annals of Dyslexia**, 39:67-80.

045. GALABURDA, A.M. (1989) - Learning Disability: Biological, Societal, Or Both? A Response to Gerald Coles. **Journal of Learning Disabilities**. 22(5):278-282.
046. GALABURDA, A.M.; ABOITIZ, F.; ROSEN, G.D. e SHERMAN, G.F. (1986) - Histological Asymmetry in the Primary Visual Cortex of the Rat: Implications for Mechanisms of Cerebral Asymmetry. **Cortex**, 22:151-160.
047. GALABURDA, A.M.; CORSIGLIA, J.; ROSEN, G.D. e SHERMAN, G.F. (1987) - Planum Temporale Asymetry, Reappraisal Since Geschwind and Levitsky. **Neuropsychologia**, 25(6):853-868.
048. GALABURDA, A.M. e KEMPER, T.L. (1979) - Cytoarchitectonic Abnormalities in Developmental Dyslexia: A Case Study. **Ann. Neurol.**, 6:94-100.
049. GERALDI, J.W. - **O Texto na Sala de Aula. Leitura e Produção**. Cascavel. Assoeste, 1984.
050. ----- - **Linguagem Interação e Ensino**. Tese de Doutorado Apresentada no Instituto de Estudos da Linguagem. Universidade Estadual de Campinas, 1990.

- 051.GESCHWIND, N. e BEHAN, P.O. (1982) - Left-Handedness: Association with Imune Disease, Migraine and Developmental Learning Disorder. **Proceedings from the National Academy of Science. U.S.A., 79:5097-5100.**
- 052.GESCHWIND, N. e GALABURDA, A.M. (1985) - Cerebral Lateralization: Biological Mechanisms, Association and Pathology. Part I. **Arch. Neurol., 42:428-459.**
- 053.GESCHWIND, N e LEVITSKY, W. (1968) - Human Brain: Left Right Asymmetries in Temporal Speech Region. **Science, 161:186-187.**
- 054.GOES, M.C.R. e MARTLEW, M. (1983) - Young Children's Approach to Literacy. In: MARTLEW, M., ed. - **The Psychology of Written Language: A Developmental Approach.** Sussex: John Wiley e Sons. 1983.
- 055.GOES, M.C.R. e SMOLKA, A.L.B. - A Criança e a Linguagem Escrita: Considerações Sobre a Produção de Textos. In: SORIANO, E.A. - **Novas Contribuições da Psicologia aos Processos de Ensino e Aprendizagem.** São Paulo. Cortez. 1992.

- 056.GOODMAN, K.S. (1967) - Reading: A Psycholinguistic Guessing Game. *Journal of the Reading Specialist*. 6:126-136.
- 057.----- - O Processo de Leitura. Considerações a Respeito das Línguas e do Desenvolvimento. In: FERREIRO, E. e PALACIO, M.G. - *Os Processos de Leitura e Escrita Novas Perspectivas*. Porto Alegre. Artes Médicas, 1987.
- 058.GOULD, S.J. - *A Falsa Medida do Homem*. São Paulo. Martins Fontes, 1991.
- 059.HARDYCK, C. e PETRINOVITCH, L.F. (1977) - Left- Handedness. *Psychological Bulletin*. 84:385-404.
- 060.HELLER, A. - *O Cotidiano e a História*. São Paulo. Ed. Paz e Terra, 1989.
- 061.HERRNSTEIN, R.J. e BORING, E.G. - *Textos Básicos da História da Psicologia*. São Paulo. Editora Herder e Editora da Universidade de São Paulo, 1971.
- 062.HINSHELWOOD, J. (1895) - Word-Blindness and Visual Memory. *Lancet*, 2:1564-1570.

- 063.HOLANDA FERREIRA, AURÉLIO BUARQUE - **Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira S.A. 1a. Ed., 15a. impressão.**
- 064.KAMHI, A. G. (1992) - Response to Historical Perspective: A Developmental Language Perspective. **Journal of Learning Disabilities, 25(1):48-52.**
- 065.KIMURA, D. (1967) - Funcional Asymmetry of the Brain in Dichotic Listening. **Cortex. 3:163-178.**
- 066.KOCH, I.V. - **A Coesão Textual. São Paulo. Ed. Contexto, 1990.**
- 067.KOCH, I.V. e TRAVAGLIA, C. - **A Coerência Textual. São Paulo. Ed. Contexto, 1990.**
- 068.KOPPITZ, E.M. - **The Bender Gestalt Test for Young Children. N.Y. U.S.A. Grune e Stratton, 195 p., 1964.**
- 069.LABOV, W. - **Language in the Inner City. Philadelphia. University of Pensilvania Press, 1972.**

070. LEAL, M.A.I. - **Distúrbios e Dificuldade de Aprendizagem na Aquisição da Escrita: Reflexões Sobre seu Diagnóstico na Sala de Aula.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação UNICAMP, 1991.
071. LEONTIEV, A.N. - Os Princípios Psicológicos da Brincadeira Pré-Escolar. In: **Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem.** São Paulo. Icone. Edit. da Universidade de São Paulo, 1988.
072. LIBERMAN, I.Y.; SHARKWEILER, D.R.; ORLANDO, C.; HARRIS, K.S. e BERTI, F.B. (1971) - Letter Confusions and Reversal of Sequence in the Beginning Reader: Implications for Orton's Theory of Developmental Dyslexia. **Cortex**, 7:124-142.
073. LOURENÇO FILHO, M.B. - **Testes ABC para Verificação da Maturidade Necessária à Aprendizagem da Leitura e da Escrita.** São Paulo. Edições Melhoramentos, 1964.
074. LURIA, A.R. - **Curso de Psicologia Geral.** Vol. I, II, III e IV. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira S.A, 1979.

075. LURIA. A.R. - **Fundamentos de Neuropsicologia**. São Paulo. Ed. Univ. São Paulo e Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1981.
076. LURIA, A.R.; LEONTIEV, A. e VYGOTSKY, L.S. - **Psicologia e Pedagogia - Bases Psicológicas da Aprendizagem e do Desenvolvimento**. São Paulo. Ed. Moraes Ltda., 1991.
077. LUZ, M.T. - **Natural, Racional, Social - Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. Rio de Janeiro. Editora Campus Ltda., 1988.
078. MANN, V.A. (1986) - Phonological Awareness: The Role of Reading Experience. **Cognition**, 24:65-92.
079. MARCONDES, J.V.F. (1981) - O Papel do Médico na Sociedade. Ponto de Vista do Sociólogo. **Carisma**. II(3):45-59.
080. MAYRINK-SABINSON, M.L.T. (1987) - Reflexões sobre a Psicogênese da Leitura. **Estudos Lingüísticos XIV**. Anais de Seminários do GEL. Campinas, 1987.

081. MAYRINK-SABINSON, M.L.T. - Reflexões Sobre o Processo de Aquisição da Escrita. 1o. Grupo de Trabalho Sobre Letramento, Alfabetização e Desenvolvimento da Linguagem Escrita. PUC-São Paulo. Mimeo, 1991.
- 082.----- - A produção Escrita da Criança e sua Avaliação. Inédito. UNICAMP. Mimeo, 1991.
- 083.McGINITIE, W.H.; MARIA, K. e KIMMEL, S. - O Papel das Estratégias Cognitivas Não Acomodativas em Certas Dificuldades de Compreensão da Leitura. In: FERREIRO, E. e PALÁCIO, M. - Os Processos da Leitura e Escrita Novas Perspectivas. Porto Alegre. Artes Médicas. 1987.
- 084.McMICHEL, P. (1979) - The Hen or the Egg? Which Comes First - Antisocial Emotional Disorders or Reading Disability. *British Journal of Educational Psychology*, 49:226-238.
- 085.MORATO, E.M. e COUDRY, M.I.H. - Reflexões sobre a Atividade Oral e Escrita de Deficientes, no Contexto Escolar. 1988.
- 086.MORATO, E.M. e COUDRY, M.I.H. (1991) - Processos Enunciativos - Discursivos e Patologia da Linguagem: Algumas Questões Linguístico-Cognitivas. *Cadernos CEDES*, 24:66-78.

- 087.MONTESSORI, M. - **A Mente da Criança**. Lisboa. Portugalia.
Editora, 1971.
- 088.MORGAN, W.P. (1896) - A Case of Congenital Word-Blindness.
British Medical Journal, 2:1543-1544.
- 089.MOSCOVICI, S. - **Psicologia Social, Pensamento y Vida Social**.
Psicologia Social y Problemas Sociales. Barcelona.
Ediciones Paidós Ibérica S.A., 1986.
- 090.MOYSÉS, M.A.A. e COLLARES, C.A.L. (1992) - A História Não
Contada dos Distúrbios de Aprendizagem. **Cadernos Cedes**.
28:31-47.
- 091.OLIVEIRA, A.B. (1980) - O Médico de Família de Ontem e o
Médico de Ambulatório de Hoje. **Carisma**, I(3):31-41.
- 092.OLSON, R.; WISE, B.; CONNERS, F. e RACK, J.(1989) - Specific
Deficits in Component Reading and Language Skills Genetic
Enviromental Influences. **Journal of Learning
Disabilities**, 22:339-348.

- 093.ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salude Mental y Desarrollo Psicosocial Del Nino. **Série de Informes Técnicos**, 613, 1977.
- 094.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS - CID-10**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.
- 095.ORTON, S.T. (1925) - "Word-Blindness" in School Children. **Archives of Neurology and Psychiatry**, 14(5):581-615.
- 096.ORTON, S.T. - **Reading, Writing and Speech Problems in Children**. New York. Norton, 1937.
- 097.PATTO, M.H.S. - **Psicologia e Ideologia - Uma Introdução Crítica à Psicologia Escolar**. São Paulo. T.A. Queiroz Editor, 1984.
- 098.PENNINGTON, B.F. (1990) - Annotation: The Genetics of Dyslexia. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 31(2):193-201.

- 099.PENNINGTON, B.F.; SMITH, S.R.; KIMBERLING, W.; GREEN, P.A. e
HAITH, M.M. (1987) - Left-Handedness and Imune Disorders
in Familial Dyslexics. **Archives of Neurology**. 44:634-639.
- 100.PESSOTTI, I. - **Deficiência Mental: Da Superstição à Ciência**.
São Paulo. T.A. Queiroz. Ed. Universidade de São Paulo,
1984.
- 101.PIRENNE, H. - **História Econômica e Social da Idade Média**. São
Paulo. Ed. Mestre Jou, 1963.
- 102.POPPER, K.R. & ECCLES, J.C. - **O Eu e Seu Cérebro**. Campinas.
Papirus e Brasília. Editora Universidade de Brasília,
1991.
- 103.POSSENTI, S. - **Discurso, Estilo e Subjetividade**. Tese de
Doutorado Apresentada no Instituto de Estudos da
Linguagem. Universidade Estadual de Campinas, 1986.
- 104.RICHARDSON, S.O. (1992) - Historical Perspectives on
Dyslexia. **Journal of Learning Disabilities**. 25(1):40-47.

105. RICHARDSON, S.O. (1989) - Specific Developmental Dyslexia: Retrospective and Prospective Views. **Annals of Dyslexia**, 39:3-22.
106. ROCKWELL, E. - Os Usos Escolares da Língua Escrita. In: FERREIRO, E. e PALACIO, M.G. - **Os Processos de Leitura e Escrita Novas Perspectivas**. Porto Alegre Artes Médicas, 1987.
107. ROSENTHAL, e JACOBSON - Profecias Auto Realizadoras em Sala de Aula: As Expectativas dos Professores Como Determinantes Não Intencionais da Competência Intelectual. In: PATTO, M.H.S. - **Introdução à Psicologia Escolar**. São Paulo. T.A. Queiroz Editor Ltda., 1982.
108. RUTTER, M. e YULE, W. (1975) - The Concept of Specific Reading Retardation. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 16:181-197.
109. RUTTER, M.; YULE, B.; QUINTON, D.; ROWLANDS, O; YULE, W. e BERGER, M. (1975) - Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: III. Some Factors Accounting for Area Differences. **British Journal of Psychiatry**, 126:520-533.

- 110.SANTUCCI, H e GALIFRET-GRANJON, N. - Prova Gráfica de Organização Perceptiva. In: ZAZZO, R. - **Manual Para o Exame Psicológico da Criança**. São Paulo. Editora Mestre Jou, 1968.
- 111.SATZ, P. e FLETCHER, J.M. (1987) - Left-Handedness and Dyslexia: An Old Myth Revisited. **Journal of Pediatric Psychology**. 12(2):291-298.
- 112.SCARPA, E.M. - Aquisição da Linguagem e Aquisição da Escrita: Continuidade ou Ruptura? **Estudos Lingüísticos XIV**. Anais de Seminários do GEL. Campinas, 1987.
- 113.SCHILDER, P. (1964) - Congenital Alexia and Its Relation to Optic Perception. **J.Genet Psychology**. 65:64-88.
- 114.SCHNEIDER, D.W. - **Classes Esquecidas. Os Alunos Excepcionais do Estado da Guanabara**. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro. Museu Nacional, 1974.
- 115.SCHRAIBER, L. - **Educação Médica e Capitalismo**. São Paulo. Rio de Janeiro. Hucitec Abrasco, 1989.

- 116.SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. **Manual de Diretrizes da Educação Especial**. São Paulo, 1987.
- 117.SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. **Subsídios Para a Implantação de Programas de Educação Especial no Sistema Educacional do Estado de São Paulo**, 1977.
- 118.SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ- **Cadernos de Ensino Fundamental. 2**. Curitiba, 1991.
- 119.SETOGUTI, R.I. - **Reflexões Históricas sobre a Psicologia Diferencial**. Tese de Mestrado Apresentada na Faculdade de Educação - UNICAMP. 1991.
- 120.SHAYWITZ, S.E.; ESCOBAR, M.D.; SHAYWITZ, B.A.; FLETCHER, J.M. e MAKUCH, R. (1992) - Evidence that Dyslexia May Represent the Lower Tail of a Normal Distribution of Reading Ability. **New England Journal of Medicine**, 326:145-150.

- 121.SILVER, L.B. (1989) - Psychological and Family Problems Associated with Learning Disabilities: Assessment and Intervention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(3):319-325.
- 122.----- (1990) - Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Is it a Learning Disability or a Related Disorder? *Journal of Learning Disabilities*. 23(7):394-397.
- 123.SINCLAIR, H. - O Desenvolvimento da Escrita: Avanços Problemas e Perspectivas. In: FERREIRO, E e PALACIO, M.G.- Os Processos de Leitura e Escrita. *Novas Perspectivas*. Porto Alegre. Artes Médicas, 1987.
- 124.SINGER, P. - Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro. Forense-Universitária. 1988.
- 125.SMITH, F. - *Understanding Reading*. 2nd. ed. N.Y. Holt, Rinehart e Winston, 1978.

- 126.SMITH, S.D.; KIMBERLING, W.J.; PENNINGTON, B.F. e LUBS, H.A.
(1978) - Specific Reading Disability: Identification of
an Inherited Form Through Linkage and Analysis. **Science**.
219:1345-1347.
- 127.SMOLKA, A.L.B. - A Criança na Fase Inicial da Escrita - A
Alfabetização Como Processo Discursivo. São Paulo.
Cortez-UNICAM. 1988
- 128.SOARES, M. - Linguagem e Escola - Uma Perspectiva Social. São
Paulo. Ed.Ática, 1987.
- 129.SPINK, M.J.P. - O Conhecimento no Cotidiano. São Paulo.
Editora Brasiliense. 1993.
- 130.----- - A Cidadania em Construção - Uma Reflexão
Transdisciplinar. São Paulo, Cortez. 1994.
- 131.STANOVICH, K.E. (1980) - Toward an Interactive - Compensatory
Model of Individual Differences in the Development of
Reading Fluency. **Reading Research Quartely**. **16**:32-71.

- 132.STEIN, J. (1988) - Dyslexia. **British Medical Journal**.
297:854, 1988.
- 133.STRAUSS, A.A. e LEHTINEN, D.E. - **Psychopatology and Education
of the Brain Injured Child**. N.Y. Grune e Straton, 1942.
- 134.SUCUPIRA, A.C.S.L. - **Relações Médico-Pacientes nas
Instituições de Saúde Brasileiras**. Dissertação de
Mestrado. Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da USP.
São Paulo, 1981.
- 135.----- (1986) - Hiperatividade: Doença ou Rótulo?
Cadernos CEDES. 15:30-43.
- 136.UHLE, A.B. (1992) - Avaliação e Planejamento na Escola.
Cadernos CEDES. 28:87-97.
- 137.VAN KOLCK, O.L. - **Técnicas de Exame Psicológico e Suas
Aplicações no Brasil**. Petrópolis. Ed. Vozes, Vol. 1 e 2,
1977.
- 138.VELLUTINO, F.R. - **Dyslexia:Theory and Resarch**. Cambridge. MA:
Mit Press, 1979.

- 139.VELLUTINO, F.R.; PRUZEK, R.M.; STEGER, J.A. e MESHOULAM, V.
(1973) - Immediate Visual Recall in Poor and Normal Readers as a Function of Orthographic - Linguistic Familiarity. **Cortex**. Vol IX(4):368-386.
- 140.VELLUTINO, F.R. e SCANLON, D.M. (1985) - Free Recall of Concrete and Abstract Words in Poor and Normal Readers. **Journal of Experimental Child Psychology**, 39:363-380.
- 141.VELLUTINO, F.R.; SCANLON, D.M. e TANZMAN, M.S. (1988) - Lexical Memory in Poor and Normal Readers: Developmental Differences in the Use of Category Cues. **Canadian Journal of Psychology**, 42(2):216-241.
- 142.VELLUTINO, F.R.; STEGER, J.A.; HARDING, C.J. e PHILLIPS, F.
(1975) - Verbal vs Non Verbal Paired-Associates Learning in Poor and Normal Readers. **Neuropsychology**. 13:75-82(a).
- 143.VELLUTINO, F.R.; STEGER, J.A.; DESETTO, J. e PHILLIPS, F.
(1975) - Immediate and Delayed Recognition of Visual Stimuli in Poor and Normal Readers. **Journal of Experimental Child Psychology**. 19:223-232(b).

- 144.VELLUTINO, F.R.; SMITH, H.; STEGER, J.A. e KAMAN, M. (1975) - Reading Disability: Age Differences and the Perceptual Deficit Hypothesis. **Child Development**, 46(2):487-493(c).
- 145.VELLUTINO, F.R.; STEGER, J.A. e KANDEL, G. (1972) - Reading Disability: An Investigation of the Perceptual Deficit Hypothesis. **Cortex**, 8:106-118.
- 146.VELLUTINO, F.R.; STEGER, J.A.; DE SETTO, L. e PHILLIPS, F. (1975) - Immediate and Delayed Recognition of Visual Stimuli in Poor and Normal Readers. **Journal of Experimental Child Psychology**. 19:223-232.
- 147.VYGOTSKY, L.S. - **A Formação Social da Mente**. São Paulo. Livraria Martins Fontes. Editora Ltda, 1984.
- 148.----- - **Pensamento e Linguagem**. São Paulo. Martins Fontes, 1987.
- 149.YULE, W. (1973) - Diferencial Prognosis of Reading Back Wardness and Specific Reading Retardation. **British Journal of Educational Phychology**. 43:244-248.

150.WERNER, H. e STRAUSS, A.A. (1941) - Pathology of Figure-Back-Ground Relation in the Child. **J. Abnormal Soc. Psychology**, 36:236-248.

151.WITTER, G.P. e COPIT, M. - **Lendo e Escrevendo**. São Paulo. Vetor Editora Psicopedagógica Ltda, 1971.

ANEXO I

ESCALA DE MATURIDADE MENTAL COLUMBIA*

Descrição e Propósitos do Teste - Escala de Maturidade Mental Columbia é um teste de inteligência, aplicável individualmente, cujo objetivo é fornecer uma estimativa da habilidade intelectual da criança com idade variável de 3 a 12 anos (mental). Difere de outras medidas individuais de inteligência pelo fato de que não exige respostas verbais e apenas um mínimo de respostas motoras por parte do sujeito. Estas características tornam o teste particularmente adequado para uso de sujeitos portadores de sérias deficiências verbais ou motoras. O teste é, também, apropriado para sujeitos normais.

Material do Teste - A Escala inclui 100 itens, cada um impresso em um cartão de 15cm por 48cm. Cada item consiste numa

* VAN KOLCK, O.L. - Técnicas do Exame Psicológico e suas Aplicações no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes. Vol.1, 1977.

série de três a cinco desenhos; os cartões são de várias cores. Os objetos representados nos cartões estão de modo geral, dentro do limite de experiência da maioria das crianças, mesmo para os excepcionais, cujo meio ambiente tenha sido limitador.

Em cada item, a tarefa do sujeito é selecionar dentre a série de desenhos, aquele que é diferente ou sem relação com os outros na série. A discriminação intelectual exigida é a de reconhecer a figura que não combina com as outras, isto é, a dedução de um princípio de organização das figuras de modo a excluir apenas uma. As bases de discriminação variam desde a percepção de diferenças mais ou menos flagrantes em cor e forma até o reconhecimento de relações muito sutis em pares de figuras, de modo a excluir uma, dentro de uma série de cinco desenhos. Os itens estão dispostos em ordem crescente de dificuldade.

FOLHA DE RESPOSTAS

NOME: _____ Data de Nasc.: ____/____/____
 Escola : _____ Grau: _____ Sexo: _____
 Pontos: _____ Idade Cronológica: _____
 Idade Mental: _____ Aplicador: _____

Item	Chave	Resp	Item	Chave	Resp	Item	Chave	Resp	Item	Chave	Resp
1	(1)	.....	26	(3)	.....	51	(2)	.....	76	(5)	.....
2	(1)	.....	27	(3)	.....	52	(1)	.....	77	(4)	.....
3	(3)	.....	28	(2)	.....	53	(3)	.....	78	(4)	.....
4	(2)	.....	29	(2)	.....	54	(4)	.....	79	(5)	.....
5	(1)	.....	30	(3)	.....	55	(2)	.....	80	(5)	.....
6	(1)	.....	31	(2)	.....	56	(2)	.....	81	(3)	.....
7	(2)	.....	32	(4)	.....	57	(3)	.....	82	(3)	.....
8	(3)	.....	33	(4)	.....	58	(4)	.....	83	(4/3)	.....
9	(3)	.....	34	(4)	.....	59	(1)	.....	84	(2)	.....
10	(1)	.....	35	(1)	.....	60	(4)	.....	85	(3)	.....
11	(3)	.....	36	(1)	.....	61	(1)	.....	86	(1)	.....
12	(1)	.....	37	(2)	.....	62	(5)	.....	87	(1)	.....
13	(2)	.....	38	(4)	.....	63	(2)	.....	88	(1)	.....
14	(1)	.....	39	(4)	.....	64	(4)	.....	89	(3)	.....
15	(1)	.....	40	(3)	.....	65	(3)	.....	90	(1)	.....
16	(2)	.....	41	(5)	.....	66	(1)	.....	91	(2)	.....
17	(1)	.....	42	(5)	.....	67	(3)	.....	92	(4)	.....
18	(3)	.....	43	(3)	.....	68	(5)	.....	93	(4)	.....
19	(1)	.....	44	(1)	.....	69	(5)	.....	94	(4)	.....
20	(2)	.....	45	(2)	.....	70	(1)	.....	95	(4)	.....
21	(1)	.....	46	(4)	.....	71	(5)	.....	96	(5)	.....
22	(2)	.....	47	(5)	.....	72	(5)	.....	97	(5)	.....
23	(1)	.....	48	(4)	.....	73	(3)	.....	98	(1)	.....
24	(3)	.....	49	(5)	.....	74	(1)	.....	99	(2)	.....
25	(4)	.....	50	(5)	.....	75	(1)	.....	100	(3)	.....

OBSERVAÇÕES: _____

ANEXO II - Reversal Test

Ake W. Edfeldt

INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO

INTRODUÇÕES

O presente teste de aptidão à leitura tem por base as pesquisas sobre as causas e sobre os efeitos da tendência bem conhecida em transpor, que se observa nas crianças que tem dificuldade para ler e para escrever.

As investigações mostraram que essa tendência a "voltar" (ou inverter, daí o nome do teste) é um estado normal do desenvolvimento da percepção na criança. Ela não é, a consequência de uma deficiência psicológica, nem de erro de método. Os pesquisadores americanos que trabalharam sobre a questão da psicologia e da leitura e sobre estes problemas, consideram estes dois pontos de vista valiosos.

Por outro lado, foi claramente mostrado que é possível partindo da avaliação da força desta tendência a inverter, predizer os resultados do ensino da leitura, tal como é dado no curso preparatório. De maneira a evitar as dificuldades de leitura e escrita que surgissem em decorrência desta fase do desenvolvimento das crianças é desejável diferir o ensino para as crianças que, tendo-se submetido ao teste de aptidão à leitura, são classificadas nos "casos limites" ou "ainda não madura para aprender a ler". Durante este período, as crianças podem muito bem ocupar-se com materiais concretos que permitirão seu progresso nos diversos assuntos apesar de sua "inaptidão temporária" para ler.

Stockholm, novembro 1954

Ake W.Edfeldt

NOTA: Por falta de uma outra palavra, traduziremos por aptidão a palavra inglesa "readiness" que quer dizer exatamente estado do que está preparado, ou seja madura para aprender a ler.

ADMINISTRAÇÃO

Antes do começo da lição, o examinador deve desenhar no quadro negro as figuras da capa do caderno, respeitando sua disposição, e riscando com uma cruz o quadrado situado no alto e à direita. Os cadernos são distribuídos virados às crianças, em seguida as crianças são convidadas a olhar o quadro negro. Os exemplos são então comentados assim: "como vocês vêm, eu desenhei alguns quadrados com diferentes desenhos dentro, aqui sobre o quadro" (mostrar o quadrado situado no alto e à esquerda). "Olhem depressa este quadrado; eu desenhei as duas cadeiras. Vocês acham que elas são exatamente semelhantes?"

Se algumas crianças dão respostas negativas, o examinador deve procurar as razões. Estas podem ser devidas a imperfeição do desenho, que deve representar duas cadeiras tão idênticas quanto possíveis. Quando todas as crianças da classe reconhecerem que as duas cadeiras são parecidas, (semelhantes) continua-se "agora vocês acham que estas duas casas são exatamente as mesmas? Olhem bem" (uma pausa) que vocês acham? Vocês certamente viram que a chaminé não está do mesmo lado. Então, as casas são exatamente semelhantes?

Habitualmente as crianças responderão não. "Não elas são diferentes. Então nós devemos fazer uma cruz sobre este quadrado,

como fizemos neste". Mostrar o quadrado situado no alto e à direita que deve estar riscado com uma cruz.

"Olhemos agora o quadrado seguinte" (mostrar o situado no meio e à direita). "Vocês acham que os dois desenhos são exatamente semelhantes"?

Se uma ou duas crianças somente respondem "não", isto é devido as imperfeições do desenho e por consequência não nos detemos aí.

"Sim ELES SÃO EXATAMENTE SEMELHANTES, então nós deixamos este quadrado situado em baixo e à esquerda.

"Vocês acham que os dois desenhos são exatamente os mesmos (as crianças respondem habitualmente "sim"), continua-se:

"Sim, certo, eles são exatamente semelhantes. Então que devemos fazer?" (não levar em conta as más respostas isoladas no coro das crianças).

Muito bem. Nós deixamos este quadrado como está e passaremos ao quadrado seguinte" (mostrar o quadrado situado embaixo à direita).

"Os dois desenhos são exatamente semelhantes"? (respostas misturadas). Uma das crianças respondeu que "não" e explicará porque as duas figuras são parecidas, depois o examinador retomará a explicação no quadro negro...

"Esta linha vem neste sentido sobre este desenho (mostrar), mas sobre aquele desenho (mostrar) ela vai em outro

sentido. Logo os dois desenhos não são exatamente semelhantes, então, digam-me o que se deve fazer" (não levar em conta más respostas isoladas no grupo).

"Sim, isto, nós fazemos uma cruz sobre os quadrados como aqui (demonstra-se). E, agora, vocês sabem o que devem fazer? Em todos os quadrados onde os desenhos não são exatamente semelhantes, vocês farão uma cruz, mas nos quadrados em que os desenhos são exatamente parecidos, vocês passam sem fazer nada, quem quer fazer alguma pergunta? (O examinador apaga os desenhos no quadro).

"Agora vocês podem virar seus cadernos. Vocês vão encontrar os mesmos desenhos que estavam no quadro. Vocês o vêem? Quando eu lhes disser, vocês pegarão o lápis e farão uma cruz nos quadrados em que os desenhos não são semelhantes, mas vocês não farão nada quando os dois desenhos são exatamente os mesmos. Ocupem-se somente desta página e quando acabarem guardem ou deixem seu lápis. Compreenderam? Podem começar.

Quando todas as crianças deixarem seus lápis e o examinador verificou individualmente que as respostas aos seis exemplos estão corretas diz:

"Agora, continuem a fazer a mesma coisa nas páginas seguintes, até que vejam este sinal (mostra). O examinador desenhou a marca em questão (PARE) enquanto as crianças respondem aos exemplos.

"Quando vocês tiverem terminado, porão seus lápis na carteira e fecharão seus cadernos, para que eu possa ver que vocês terminaram. Alguém quer perguntar alguma coisa? Bom, podem começar". Ligar o cronometrio. O tempo é de 15 minutos.

NOTAÇÃO:

Para facilitar a correção, estabelecer-se-á um modelo de correção. Os quadros seguinte, tomados coluna por coluna, devem ser riscados:

1	16	32	46	62	74
2	17	33	47	64	76
6	28	36	48	66	77
7	24	39	52	68	78
8	25	41	57	70	79
9	28	43	58	72	81
11	29	44	61	73	84

ERROS

Cada par de figuras idênticas que foi riscada e cada par de diferentes não riscada constitui um erro.

ESCALA

A estandartização sueca deu a seguinte distribuição.

NOTAS EM PONTOS

APRECIACÕES

77 - 82	Completamente madura para leitura
57 - 76	Maturidade média suficiente
52 - 56	Caso limite
até 51	Ainda não maduro para a leitura

O teste foi estandartizado para ser utilizado 2 meses antes da entrada no curso preparatório.

REFERÊNCIA

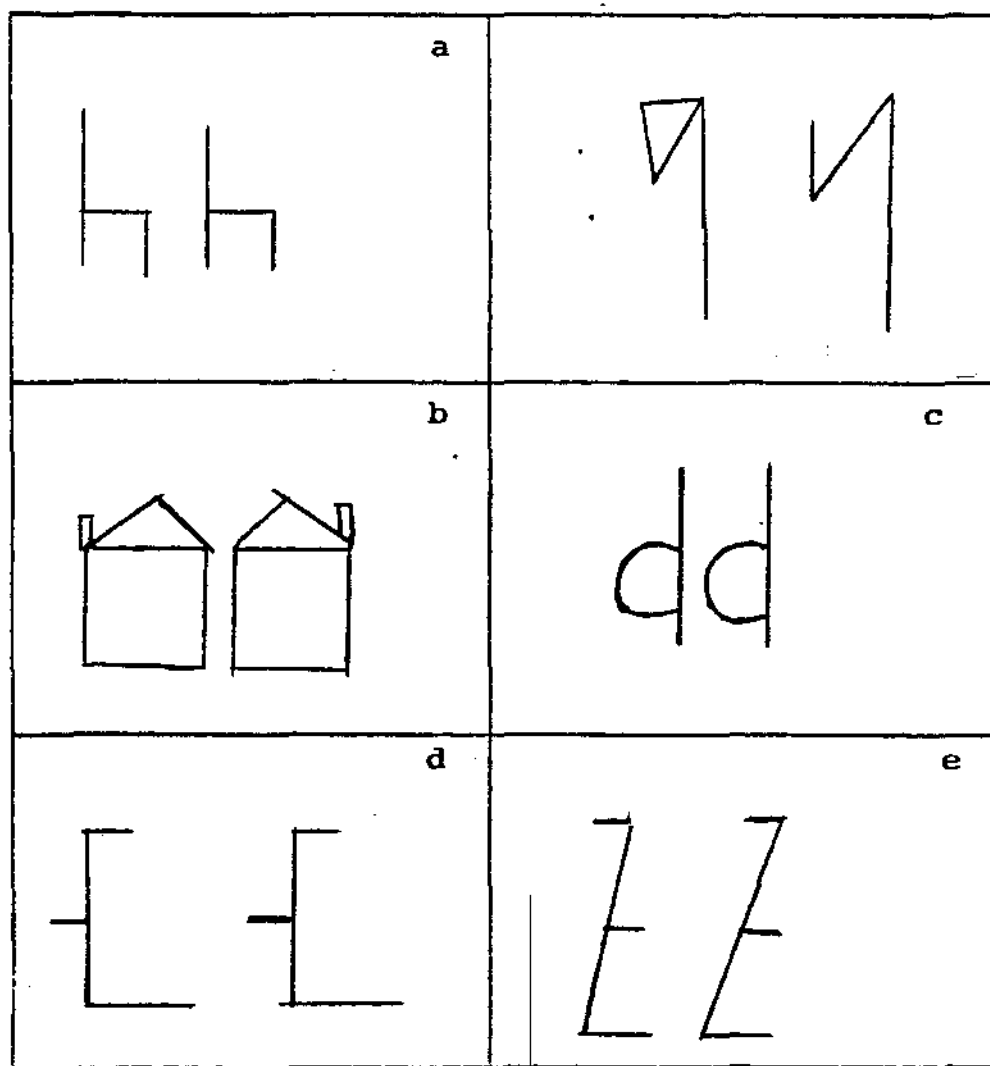
EDFELDT, A.W. - Reading Reserval and Its Relations to Reading Resdiness. RESERCH BULLETINS FROM THE INSTITUTE OF EDUCATION, no.1 jany, 1955, Univ of Stocholm.

ANEXO II - Reversal Test

(Teste de figuras invertidas) por

ÅKE W. EDFELDT - Estocolmo

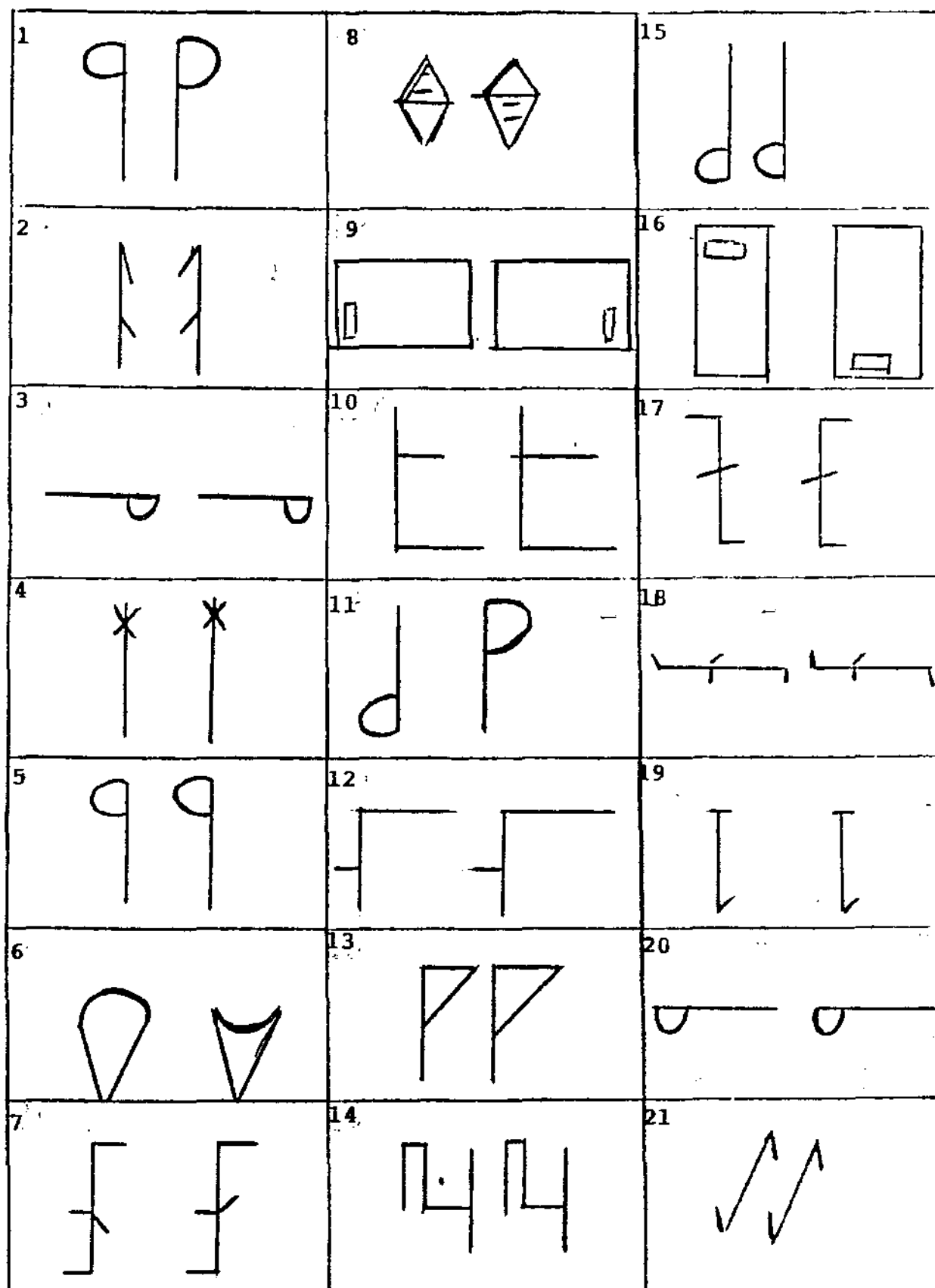
EXERCÍCIOS - EXEMPLOS

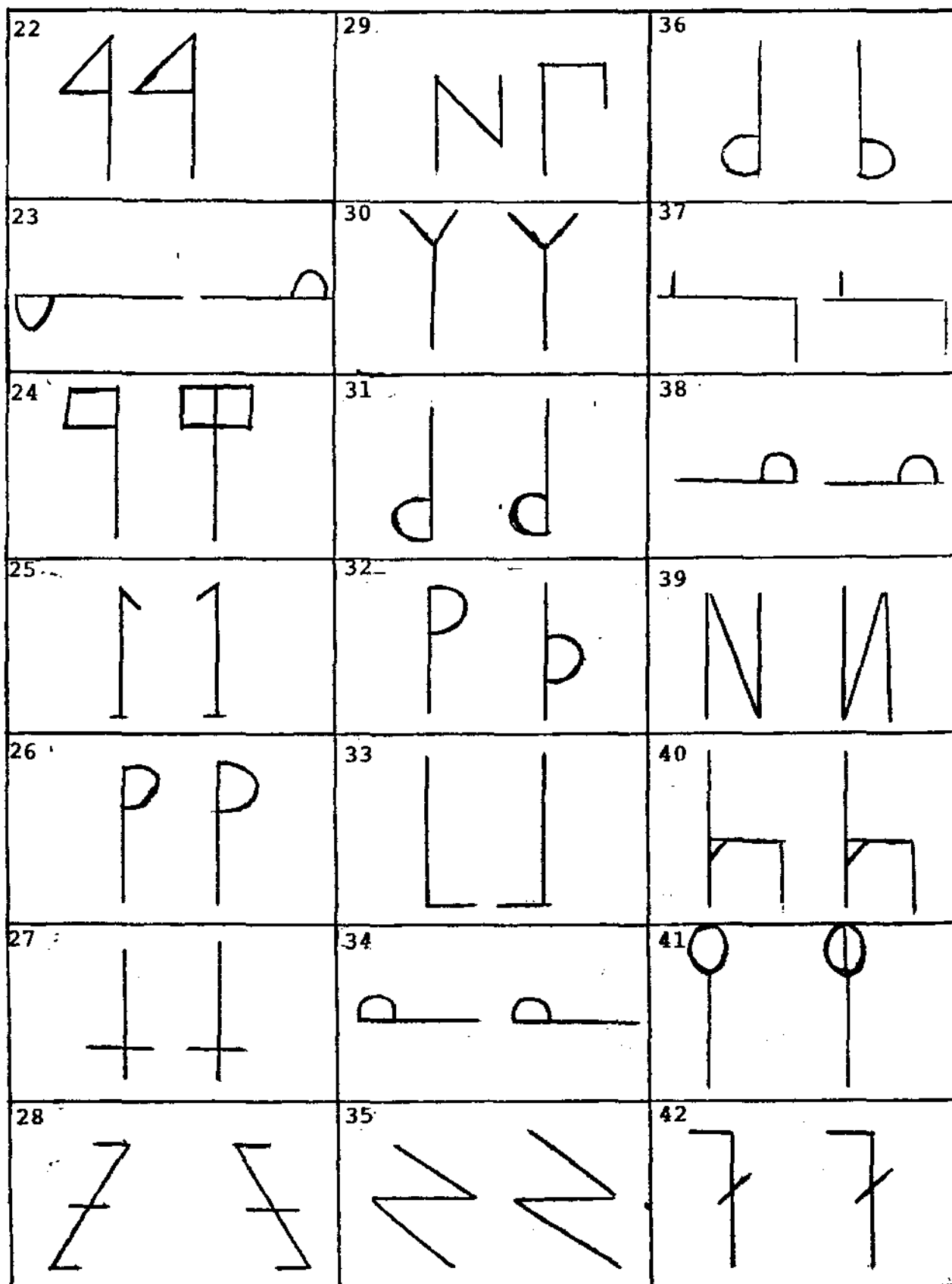


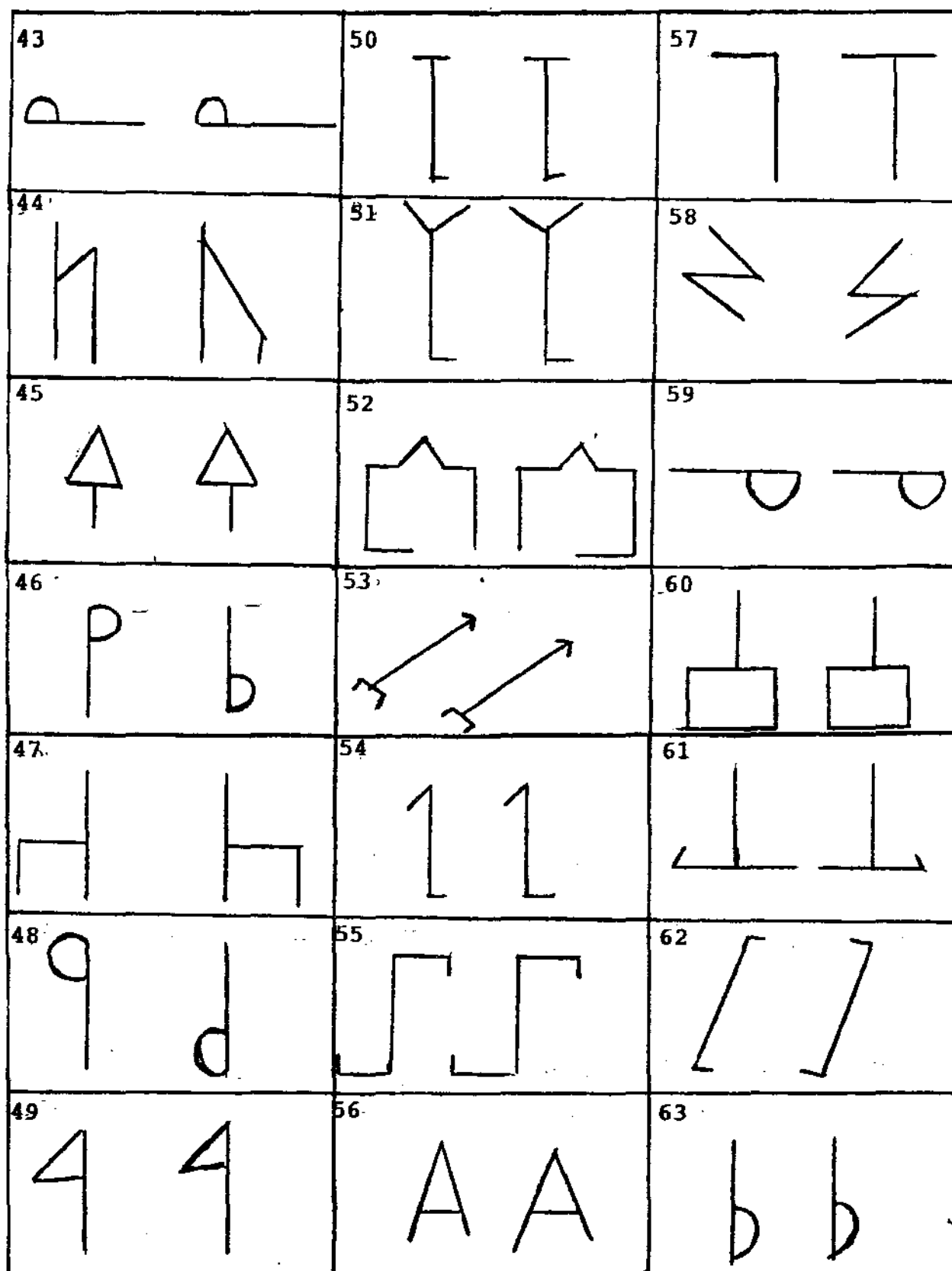
NOME: _____ Data de Nasc _____ / _____ / _____ Tempo _____

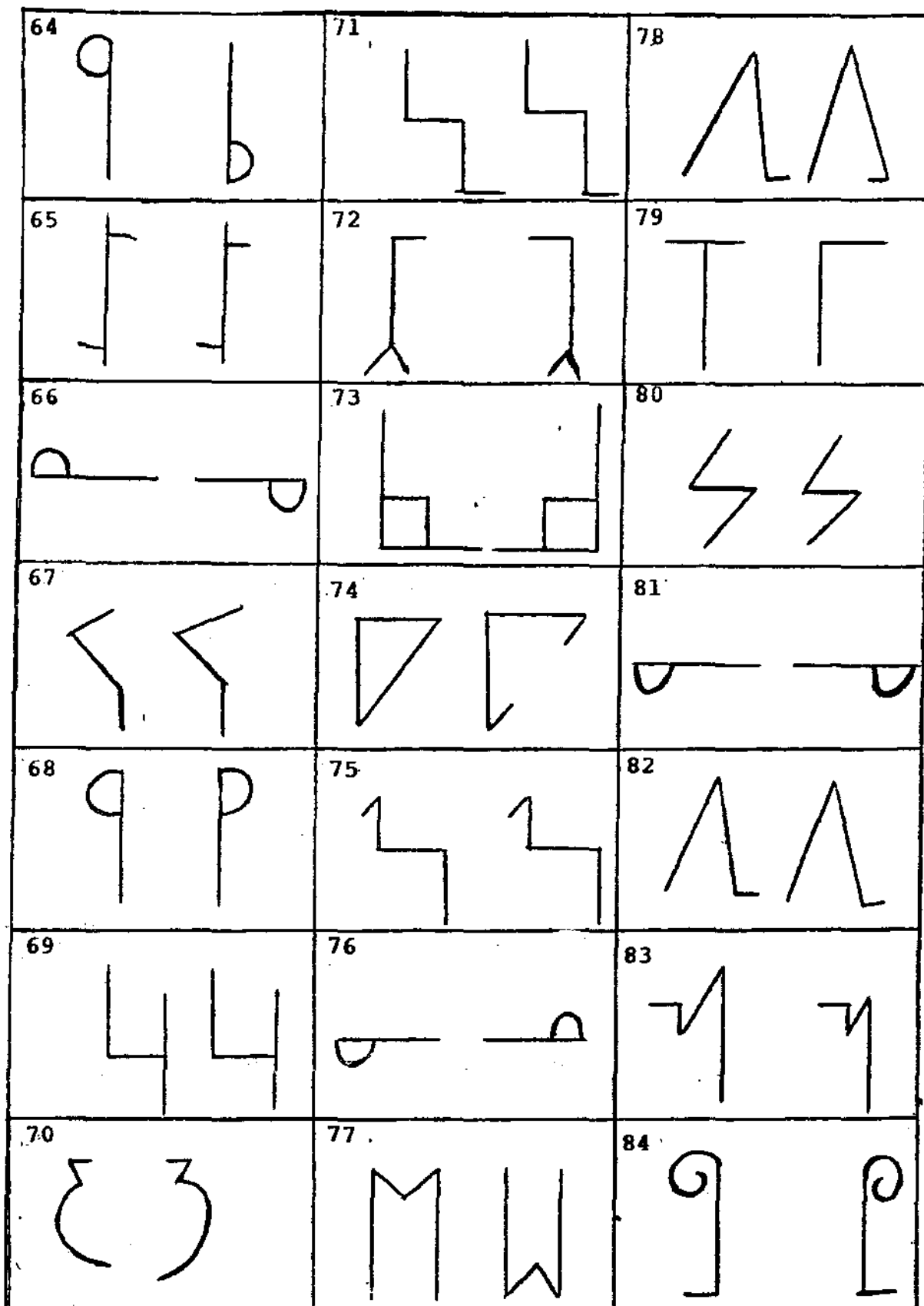
Escola: _____ Grau: _____

D.Exame: _____ / _____ / _____ Resultado: _____









ANEXO III - TESTES ABC

FORMA DE APLICAÇÃO - Os testes ABC foram organizados e aferidos para aplicação individual. É essa a forma de exame mais conveniente, para crianças não habituadas ainda ao trabalho escolar, como é, também, a que mais atende aos fins de avaliação, a que estes se destinam.

DURAÇÃO DO EXAME - A maior objeção contra os exames individuais é o considerável dispêndio de tempo a que obrigam. Isso não se dá, porém, com os testes ABC. Cada exame completo dura, em média, oito minutos. Uma classe de quarenta alunos pode ser examinada, em um só dia de trabalho, por um único examinador. Não haverá inconveniente em que o exame seja feito, para cada criança, por dois examinadores, ocupando-se um com as quatro primeiras provas, outro com as quatro últimas, mas sempre respeitada a ordem de apresentação indicada neste guia.

APLICAÇÃO AOS ALUNOS NOVATOS - Como os testes ABC se destinam a prognóstico, para classificação dos alunos e organização de classes seletivas, sua aplicação deve ser feita dentro da quinzena inicial do trabalho do ano. Para os alunos novatos,

porém, a aplicação de testes não deve ser feita nos dois ou três primeiros dias de aula. O contato com o meio escolar, em muitas crianças, produz forte impressão, caracterizada quase sempre por uma intimidação natural, mais raramente por excitação passageira, cujo termo será preciso aguardar.

LOCAL DA PROVA - O gabinete ou sala onde se realizem os testes deve ser isolado, silencioso, claro, desprovido de ornamentação excessiva ou de multiplicidade de móveis ou objetos.

MATERIAL DO EXAME

O material deve estar todo preparado a fim de que as provas se sucedam na ordem prescrita, sem interrupção. Apresenta-se esse material, o formulário de exame e o de notação, na guarda da capa deste volume.

Convém que a criança esteja comodamente sentada, a uma mesa ou carteira, de tamanho adequado à sua estatura. O examinador se colocará à direita, sentado ou de pé, com a maior naturalidade.

NOTAÇÃO

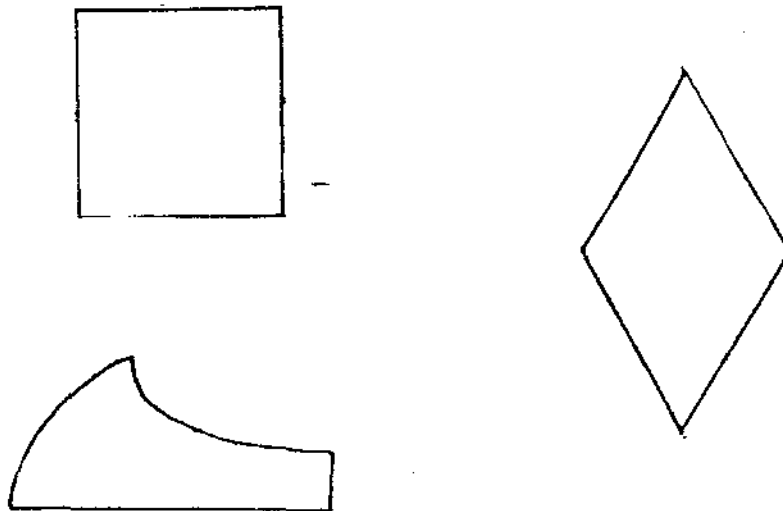
A notação de cada prova se faz em quatro graus, superior, médio, inferior e nulo, a que correspondem os números 3, 2, 1 e 0. Os pontos máximos são, assim, para as oito provas, 24; a nota mínima, 0. Durante as provas, o examinador não se deve preocupar com a notação ou avaliação.

Os testes 1, 3, 7 e 8 fornecem, por si mesmos, registro gráfico; para os demais, de reação verbal, o examinador deve cingir-se a anotar a reação de cada aluno, escrevendo-a.

Em qualquer caso, o material de exame de cada aluno deve ser arquivado à parte, grampeadas as folhas de registro de cada um ou metidas em um envelope. O perfil de cada aluno, que mais interessa ao estudo individual que à organização das classes seletivas, será traçado depois da avaliação, na forma adiante explicada.

TESTE 1

MATERIAL - Três pequenos cartões, cada um dos quais tem impressa uma das figuras abaixo; cada figura será mostrada por sua vez. Meia folha de papel branco, sem pauta. Lápis preto, no.2. Relógio que marque segundos.



FÓRMULA VERBAL - Tome este lápis. Faça, neste papel, uma figura igual a esta. (Tempo máximo de espera, para reprodução à vista do modelo, um minuto). Muito bem! Agora, faça outra, igual a esta. (Tempo máximo, um minuto). Agora, esta última. (Tempo máximo, um minuto). Muito bem!

AVALIAÇÃO

Quando a reprodução do quadrado estiver perfeita, ou com dois lados apenas sensivelmente maiores, conservando todos os ângulos retos, o losango com os ângulos bem observados, e a terceira figura reconhecível - 3 pontos;

- quando a cópia do quadrado tiver dois ângulos retos, e as demais figuras forem reconhecíveis - 2 pontos;

- quando as três figuras forem imperfeitas, mas dessemelhantes - 1 ponto;

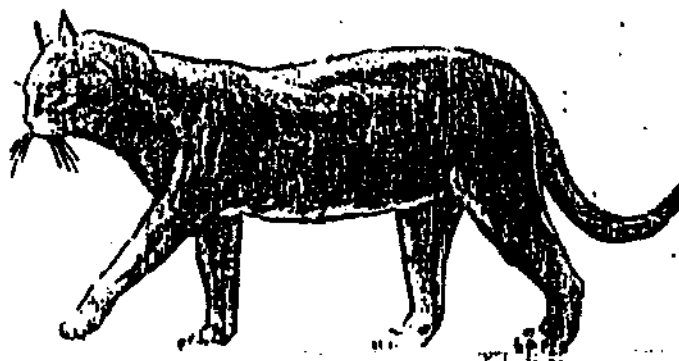
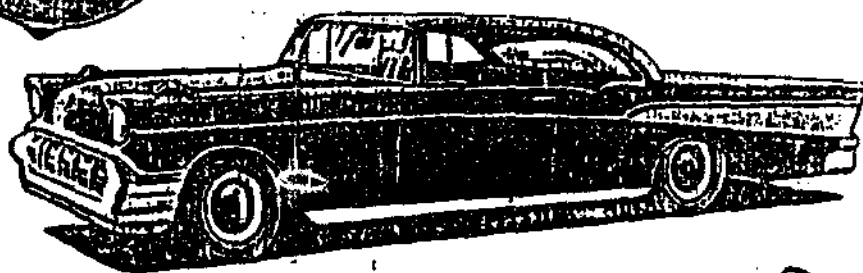
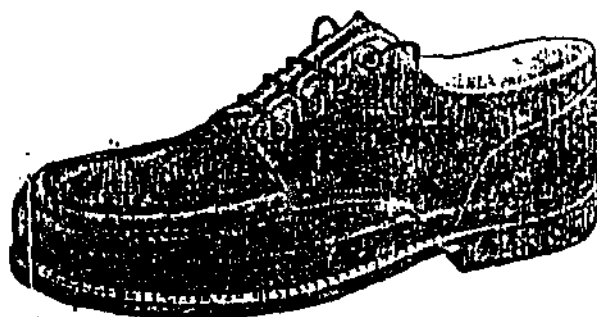
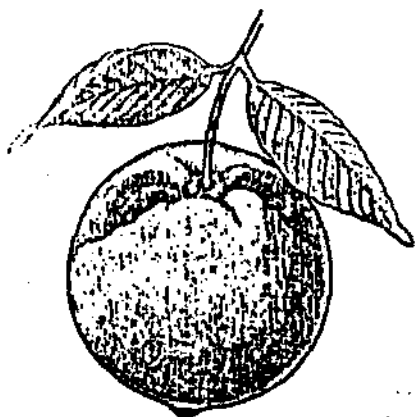
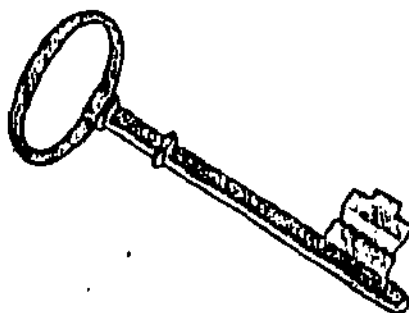
- quando as três figuras forem todas iguais (três tentativas de quadrado, três células, três simples rabiscos) ou apresentarem desenhos quaisquer de invenção (uma casa, um balão, por ex.) - zero.

O examinador anotará se a criança copiou com a mão esquerda, por ser canhota.

TESTE 2

MATERIAL - A folha de figuras constante do material que acompanha este livro e que apresenta sete figuras: caneca, chave, sapato, laranja, automóvel, gato, mão. Para facilidade do manejo, convirá colar essa folha sobre um pedaço de cartolina, das mesmas

dimensões, e que nada tenha escrito ou desenhado no verso.
Relógio que marque segundos.



FÓRMULA VERBAL - Apresentando a folha ou a cartolina, pela face em branco: Do outro lado desta folha (ou deste cartão) estão umas figuras muito bonitas. Eu vou virar o cartão e você vai olhar as figuras, sem dizer nada. Mas, depois que eu esconder as figuras vai dizer os nomes das coisas que você viu. Depois de expor as figuras por trinta segundos, e de haver voltado a folha, ou o cartão, escondendo as figuras, deve-se perguntar: Que foi que você viu? Se a criança for tímida, acrescente-se: Diga o que você viu... Que mais?... Se a criança iniciar a enumeração à vista do cartaz: Espere. Só fale quando eu mandar.

AVALIAÇÃO

Esta prova tem fim informar sobre a memória imediata da criança, sua extensão e fidelidade. Ao mesmo tempo, nos dirá de certas deficiências de vocabulário, repetição automática de séries, imaginação. Convirá por isso tomar nota das palavras ditas pela criança.

- Se a criança disser o nome das sete figuras - 3 pontos;
- Se disser os nomes de 4 a 6 figuras - 2 pontos;
- Se disser de 2 a 3 - 1 ponto;
- Se disse apenas 1 ou não disser nada - zero.

Não importa o nome exato, mas a evocação satisfatória de cada coisa representada.

Consideram-se certas respostas como fruta por laranja, carro por automóvel, bicho por gato, etc. No caso de repetição automática de séries que não figuram no cartaz, a nota também será nula ou zero.

TESTE 3

MATERIAL - Papel e lápis, como no teste 1.

FÓRMULA VERBAL - O examinador, ao lado direito da criança, aponta com o dedo indicador para a frente, tendo o braço um pouco dobrado: Olhe bem o que meu dedo vai fazer aqui. (Reproduz no ar a figura A). Faça agora, com o seu dedinho, o que eu fiz com o meu dedo. Bem. Agora desenhe a figura que você fez no ar, neste papel. Depois que a criança tenha desenhado: Agora, outra figura. Faça isto com o seu dedo. (Reproduz no ar a figura B). Bem. Agora desenhe no papel a figura que você fez no ar. Depois que a criança tenha desenhado: Agora a última. Faça isto! (Reproduz a

figura C). Muito bem! Agora faça no papel essa última figura que você fez no ar.

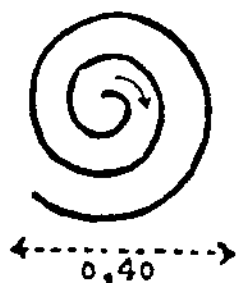


Fig. A

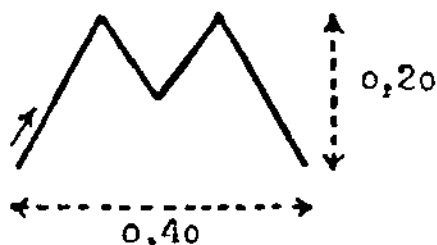


Fig. B

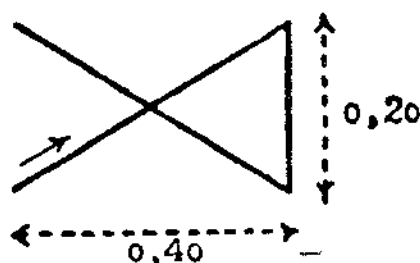


Fig. C

OBSERVAÇÃO - Esta prova é, entre todas, a de técnica mais delicada. A criança não deve ficar à frente do examinador, mas a seu lado, de modo que tenha o mesmo ponto de vista. O centro de cada figura traçada no ar pelo examinador deverá ficar sensivelmente à altura dos olhos da criança. Atender às dimensões indicadas para cada movimento.

Os movimentos devem ser vagarosos. O da primeira figura não deve ser interrompido; o da segunda e o da terceira exigirão rápida pausa em cada ângulo do traçado.

AVALIAÇÃO

A avaliação se fará apenas pelos desenhos da criança, deste modo:

- Boa reprodução de cada uma das três, isto é, reprodução global de sua forma com senso geral da proporção de cada elemento, não sendo as figuras invertidas ou como que vistas ao espelho - 3 pontos;

- Boa reprodução de duas figuras, qualquer que seja a imperfeição da outra, 2 pontos; ou, quando as três figuras forem reconhecíveis, e não invertidas, ainda que com menor atenção à proporção de seus elementos;

- Boa reprodução de uma só figura, sendo irreconhecíveis as demais, 1 ponto; ou, quando as três figuras, mesmo imperfeitas, forem diferentes uma das outras;

- três traçados iguais, de um modelo qualquer imaginado pela criança, zero; ou; embora diferentes, quando em nada lembrem os movimentos sugeridos.

(O examinador deverá registrar sua impressão quanto aos movimentos feitos no ar pela criança, e, bem assim, quando ela os faça com direção diferente da sugerida para cada traço. Isso não influirá na avaliação numérica, mas interessará ao estudo individual).

TESTE 4

FÓRMULA VERBAL - Vou dizer sete palavras. Você preste muita atenção, porque depois vai dizê-las também. Escute: árvore - cadeira - pedra - cachorro - flor - casa - peteca. Repita agora o que eu disse. Se a criança parar na enumeração: Está bem! E que mais? (A lista de palavras deve ser pronunciada em voz natural e pausada, mas sem cadência especial ou sublinhação em qualquer delas).

AVALIAÇÃO

Anotar as palavras que forem ditas pela criança, com os erros de pronúncia que, por acaso, venha a cometer. Será subsídio para o estudo individual do aluno. A avaliação será, porém, apenas numérica:

- reprodução das sete palavras - 3 pontos;
- reprodução de 4 a 6 palavras - 2 pontos;
- reprodução de 2 ou 3 palavras - 1 ponto;
- reprodução de uma só palavra, ausência de reprodução, ou enumeração de série completamente diversa - zero.

TESTE 5

FÓRMULA VERBAL - Você gosta de histórias? Vou contar uma. Preste atenção porque depois você vai me contar esta mesma história: (Pausa) Maria comprou uma boneca. Era uma linda boneca de louça. A boneca tinha os olhos azuis e um vestido amarelo. Mas, no mesmo dia em que Maria a comprou, a boneca caiu e partiu-se. Maria chorou muito. (pausa) Agora V. conte esta mesma história. Se a criança iniciar a narração e hesitar, deve-se dizer: Que mais?

VARIANTE: Para meninos, poderá ser usada esta outra historieta: João comprou um cavalelho. Era um bonito cavalelho de massa. O cavalelho tinha as pernas pretas e o corpo amarelo. Mas, no mesmo dia em que o João o comprou, o cavalelho caiu e quebrou. O João chorou muito.

Os elementos em uma e outra história são simétricos: três ações capitais (comprou, quebrou, chorou); três minúcias: de louça, olhos azuis, vestido amarelo, na 1a.; e de massa, pernas pretas e corpo amarelo, na 2a.).

AVALIAÇÃO

Anotar a narração da criança:

- Se a reprodução indicar as três ações capitais (comprou, partiu e chorou) e, bem assim, as três minúcias - 3 pontos;
- Se as três ações e uma minúcia - 2 pontos;
- Se tão-somente as três ações, ou duas ações e minúcias - 1 ponto;
- Se duas ações apenas, ou uma ação e minúcias - zero.

TESTE 6

FÓRMULA VERBAL - *Diga alto: Cavalheiro! (pronuncie devagar mas sem escandir as sílabas). Muito bem. Agora eu vou dizer outras palavras e você as vai repetindo: Tombadouro - Pindamonhangaba - Nabucodonosor - Desengonçado - Sardanapalo - Constantinopla - Ingrediente - Cosmopolitismo - Familiaridade - Itapetininga.* (Depois de cada palavra, o examinador aguarda a repetição da criança, anotando as palavras que forem mal produzidas. Se a

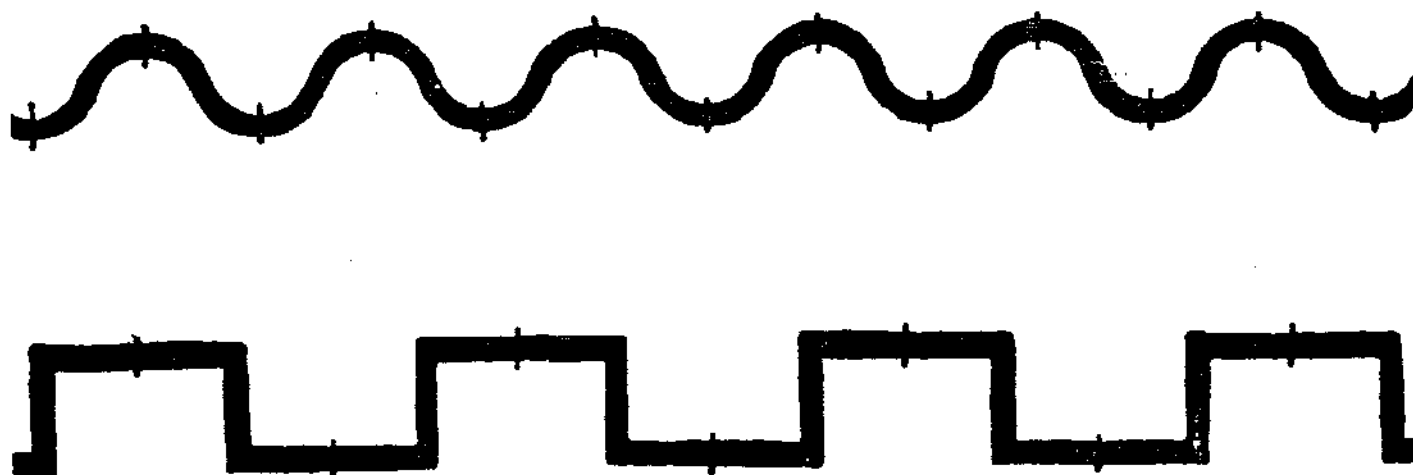
criança falar em voz baixa, deve-se dizer: Mais alto! Se atropeladamente, deve-se aconselhar: Mais devagar!).

AVALIAÇÃO

Pelas palavras reproduzidas acertadamente:

- nove ou dez palavras - 3 pontos;
- de cinco a oito - 2 pontos;
- de duas a quatro - 1 ponto;
- uma ou nenhuma - zero.

TESTE 7



MATERIAL - Uma folha de papel, com as figuras da página seguinte. A impressão ou risco deve atingir os dois bordos do papel, tal como está indicado, e no mesmo tamanho. Uma tesoura comum tamanho médio, de preferência com pontas que não sejam agudas. Relógio que marque segundos.

FÓRMULA VERBAL - *Você vai cortar este desenho, o mais depressa que você puder, passando a tesoura bem pelo meio do risco. Assim!* (indica-se a operação, dando um ligeiro corte no início do traço sinuoso; coloca-se a tesoura sobre a mesa). *Pode começar.* (Marca-se um minuto) *Pare! Muito bem.* *Agora corte no outro risco. Pode começar.* (Marca-se um minuto) *Pare! Muito bem.* (Se acaso, de início, a criança não compreender a ordem, devemos repetir a fórmula verbal, sem alterá-la).

AVALIAÇÃO

A avaliação terá em vista a quantidade e a qualidade do trabalho. Assim:

- Cortando a criança mais de metade de cada desenho, no tempo marcado de um minuto, para cada, sem que tenha saído do traço - 3 pontos;

- Cortando mais de metade, saindo do traço; ou, embora respeitando o traço, cortando menos de metade - 2 pontos;
- Cortando com regularidade relativa, até metade num dos desenhos, e parte do outro - 1 ponto;
- Não respeitando de modo algum o tracado - zero

TESTE 8

MATERIAL - Relógio que marque segundos. Papel, com cem quadriculas, de um centímetro quadrado, cada uma, -como está indicado no modelo. Lápis no.2, ou melhor, de cor. O experimentador deve estar do lado da criança, não à sua frente.

FÓRMULA VERBAL - *Você vai fazer um pontinho bem forte, em cada quadrinho destes, o mais depressa que você puder. Assim...*
(Fazem-se três pontinhos, nas três quadriculas da linha superior, da esquerda para a direita. Põe-se o papel, na posição conveniente para a criança, e entrega-se-lhe o lápis). Comece.
(Marcam-se 30 segundos).

OBSERVAÇÃO - Se a criança fizer tracinhos, ou cruzinhas, ao invés de pontos, deve-se observar, sem interromper o trabalho: Não

quero risquinhos, quero um pontinho em cada casinha, como eu ensinei.

AVALIAÇÃO

Contam-se os pontinhos, exceto aqueles que tiverem sido feitos pelo examinador, para demonstração inicial da técnica. Todos os pontinhos serão contados, mesmo quando mais de um tenham caído na mesma quadrícula. Os tracinhos serão desprezados porém. A notação é a seguinte:

- mais de 50 pontinhos - 3 pontos;
- de 26 a 50 - 2 pontos;
- de 10 a 25 - 1 ponto;
- menos de 10 - zero.

Se a criança não seguir a ordem sugerida (da sua esquerda para a direita) dever-se-á anotar o fato.

AVALIAÇÃO GERAL

A avaliação geral será obtida pela soma dos pontos alcançados em cada prova. O resultado indicará o nível de

maturida para a leitura e escrita (N.M.), em termos absolutos, isto é, sem necessidade de estabelecer-se qualquer relação com a idade cronológica ou com a idade mental.

A escala supõe amplitude de 0 a 24 pontos. Claro está que uma criança de dois a três anos, submetida aos testes, fracassará neles, pois nem chegará a compreender bem as tarefas indicadas. Na idade escolar, que é a que interessa à aplicação dos testes A B C, a experiência tem revelado distribuição normal. Os valores de posição, representativos do grupo, são próximos de 14, em que M, Md e Mo vêm a confundir-se. Como o D P se representa por 2,6 e o Q por 1,8, podemos considerar, para os efeitos práticos os *quartis-médios* entre 12 e 16 pontos; o *inferior*, de 11 pontos para baixo; o *superior* de 17 para cima.

A observação dos grandes grupos, submetidos à classificação pelos testes A B C, bem como o estudo de numerosos casos individuais, confirmam tais resultados: um nível de maturidade (N. M.) de 17 pontos, ou mais, permite previsão de que a criança aprenderá a ler e a escrever em um semestre letivo, sem maiores dificuldades; um N. M. de 12 a 16 pontos, que a aprendizagem se dará facilmente no decurso de um ano letivo; um N. M. de 11 pontos ou menos, que a criança assim não aprenderá, reclamando maiores cuidados.

Com crianças que não obtiverem mais de 7 pontos, pode-se garantir que o ensino escolar comum, sem especial atenção a esses

	1	2	3	4	5	6	7	8
3								
2								
1								
0								

Resultado:
N.M.=

Data do Exame: ____/____/____

Observação: _____

Examinado por: _____

Teste II - Nomes evocados

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

Observações: _____

Teste V - Elementos da reprodução

Ações capitais:

1- comprou _____

2- partiu _____

3- chorou _____

Minúcias:

1- de louça _____

2- olhos azuis _____

3- vestido amarelo _____

Observações: _____

Teste IV - Palavras

Reproduzidas

- 1- Árvore _____
- 2- Cadeira _____
- 3- Pedra _____
- 4- Cachorro _____
- 5- Flor _____
- 6- Casa _____
- 7- Peteca _____

Observações: _____

Teste VI - Palavras repetidas

- 1- Tom - ba - dou - ro
- 2- Pin - da - me - nhan - ga - ba
- 3- Na - bu - co - do - no - sor
- 4- De - sen - gsa - ça - do
- 5- Sar - da - na - pa - lo
- 6- Cons - tan - ti - no - pla
- 7- In - gre - di - en - te
- 8- Cos - mo - po - li - tis - mo
- 9- Fa - mi - li - a - ri - da - de
- 10- I - ta - pe - ti - nin - ga

Observações: _____

ANEXO IV

TEXTOS PARA AVALIAÇÃO DE LEITURA

Os Nutrientes do Solo

Os vegetais retiram o gás carbônico do ar, por meio de suas partes verdes. Também retiram do ar, através das folhas e raízes, o oxigênio de que precisam para sua respiração.

As plantas obtêm carbono e oxigênio do ar; o hidrogênio vem da água. Os outros elementos (como nitrogênio, fósforo, cálcio, ferro, enxofre, magnésio, potássio, sódio e cloro) são retirados do solo. Esses elementos encontram-se no solo sob a forma de sais minerais dissolvidos em água. O nitrogênio é retirado do ar por certas bactérias e, sob a forma de sais, aproveitado pelas plantas.

Iara

-Vamos á cachoeira onde mora a Iara - disse. Essa rainha das águas costuma aparecer sobre as pedras nas noites de lua. É muito possível que possamos surpreendê-la a pentear os seus lindos cabelos verdes como o pente de ouro que usa.

-Dizem que é criatura muito perigosa - murmurou Pedrinho.

-Perigosíssima - declarou o Saci. -Todo cuidado é pouco. A beleza da Iara dói tanto na vista dos homens que os cega e os puxa para o fundo d'água. A Iara tem a mesma beleza venenosa das sereias. Voce vai fazer tudo direitinho como eu mandar. Do contrário, era uma vez o neto de Dona Benta...

A Cidade Ideal

Cachorro A Cidade Ideal dum cachorro

tem um poste por metro quadrado

Não tem carro, não corro, não morro

e também nunca fica apertado.

Galinha A Cidade Ideal da galinha
tem as ruas cheias de minhocas
a barriga fica tão quentinha
que transforma o milho em pipoca.

Crianças Atenção porque nesta cidade
corre-se a toda velocidade
e atenção que o negócio está preto
Restaurante assando galeto

ANEXO V - ESCALA DE MATURIDADE SOCIAL DE VINELAND*

A- Nome original

"Vineland Social Maturity Scale".

B- Autor e Data

Edgard A. Doll, diretor de pesquisa da "Training School" em Vineland, Nova Jersey, U.S.A.

Publicada em 1935, como forma experimental (2), em 1936, como primeira revisão padronizada (3) e reimpressa em 1947 (5) sem modificações.

C- Objetivo

Avaliar a extensão em que a pessoa progressivamente domina seu meio, constituindo-se em uma prova de amadurecimento da responsabilidade social.

D- População a que se destina

* VAN KOLCK, O.L. - Técnicas do Exame Psicológico e suas Aplicações no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes. Vol. I, 1977.

Do nascimento a 25 anos de idade, mas principalmente até 5 anos.

E- Organização

Os 117 itens são escalonados por idades, mas não em distribuição uniforme. Assim: de 0 a 1 ano - 17 itens; de 1 a 2 anos - 17 itens; de 2 a 3 anos - 10 itens; de 3 a 4 anos - 6 itens; de 4 a 5 anos - 6 itens; de 5 a 6 anos - 5 itens; de 6 a 7 anos - 4 itens; de 7 a 8 anos - 5 itens, etc.

Referem-se a 8 campos ou áreas: Comunicação (C), Locomoção (L), Ocupação (O), Socialização (S), Auto-governo (AG), Auto-auxílio para vestir-se (AV), Auto-auxílio para comer (AC) e Auto-auxílio geral (AGE). Cada nível de idade possui um número variável de itens de cada campo ou área.

A seriação dos itens representa a progressiva maturidade em auto-suficiência, autodireção, locomoção, comunicação, ocupação e relacionamento social. Esta maturidade na linha de independência social fornece a medida do desenvolvimento progressivo no ajustamento social.

F- Aplicação, avaliação e interpretação

A exemplo da escala de Gesell, esta é baseada naquilo que o sujeito efetivamente faz em sua vida diária. Por isso, a informação requerida para cada item é obtida não através de

situações do teste, mas de entrevista com o sujeito ou com seus pais, no caso de crianças muito pequenas.

O informante é estimulado a responder as questões o mais completamente possível. O examinador deve solicitar descrições do comportamento, mais do que respostas "sim" ou "não".

Cada resposta é avaliada em termos de: mais (+), mais F (+F), - mais N. O. (+N. O.), mais ou menos (+-) e menos (-). Os manuais trazem os critérios para atribuição desses pontos, cuja soma é convertida em uma idade social (IS) que, colocada em relação com a idade cronológica (IC), fornece um quociente social

$$QS = \frac{IS}{IC}$$

A interpretação desse quociente segue o mesmo sentido do QI para o desenvolvimento mental. Recomenda-se, porém, o cuidado com certas circunstâncias limitadoras especiais: defeitos sensoriais e físicos, doenças, dominação adulta, e outras faltas de oportunidade no desenvolvimento social.

G- Apreciação

Dentre os méritos desta escala são apontados: 1) oferece possibilidade de avaliação do desenvolvimento social, aspecto pouco explorado no plano da medida psicológica; 2) permite verificação de diferenças individuais; 3) possibilita um índice qualitativo da variação no desenvolvimento de indivíduos anormais

e uma medida do progresso em tratamentos especializados; 4) fornece um inventário para revisão da história do crescimento, em um estudo clínico de retardamento; 5) permite determinar, nos casos de retardamento mental, o grau de atraso social para uma caracterização mais completa da subdotação; 6. contribui para a compreensão de certos casos de problemas de comportamento ou delinquência.

PRONTUÁRIO DA ESCALA DE MATURIDADE

SOCIAL DE VINELAND - DOLL

NOME: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Escolar: _____ Data: ____/____/____

Observações: _____ Pontos: _____

Idade Social(is) _____

Quociente Social:(QS) _____

Psicólogo

NÍVEIS DE IDADE

0 - I

__C__	1- Resmunga (vocaliza inarticuladamente) ri	_____
__AGE__	2- Equilibra a cabeça	_____
__AGE__	3- Agarra objetos ao seu alcance	_____
__S__	4- Procura por pessoas familiares	_____
__AGE__	5- Vira sobre si (rola)	_____
__AGE__	6- Procura alcançar objetos próximos	_____
__O__	7- Distraí-se sozinho(a)	_____
__AGE__	8- Senta-se sem apoio	_____
__AGE__	9- Ergue-se sozinho(a)	_____
__C__	10- "Fala"; imita sons	_____
__AC__	11- Bebe em xícara ou copo com auxílio	_____
__L__	12- Move-se pelo assoalho (engatinha)	_____
__AGE__	13- Agarra com o polegar e o dedo	_____
__S__	14- Solicita atenção pessoal	_____
__AGE__	15- Fica de pé sozinho(a)	_____
__AC__	16- Não baba	_____
__C__	17- Obedece instruções simples	_____

I - II

- L 18- Anda pelo aposento sem auxílio _____
- O 19- Rabisca com lápis preto ou de cor _____
- AC 20- Mastiga os alimentos _____
- AV 21- Tira as meias _____
- O 22- Muda objetos de lugar _____
- AGE 23- Transpõe obstáculos simples _____
- O 24- Vai buscar ou carrega objetos familiares _____
- AC 25- Bebe em xícara ou copo sem auxílio _____
- AGE 26- Não anda de carro de bebê _____
- S 27- Brinca com outras crianças _____
- AC 28- Come com colher _____
- L 29- Anda pela casa ou quintal (ou jardim) _____
- AC 30- Distingue substâncias alimentares _____
- C 31- Usa nomes de objetos familiares _____
- L 32- Sobe escadas sem auxílio _____
- AC 33- Desembrulha balas _____
- C 34- Fala em frases curtas _____

II - III

- __AGE__ 35- Pede para ir ao banheiro _____
 __O__ 36- Inicia seus próprios jogos infantis _____
 __AV__ 37- Tira o casaco ou a roupa _____
 __AC__ 38- Come com o garfo _____
 __AC__ 39- Bebe água sem auxílio _____
 __AV__ 40- Enxuga as próprias mãos _____
 __AGE__ 41- Evita perigos simples _____
 __AV__ 42- Põe o casaco e a roupa sem auxílio _____
 __O__ 43- Usa tesoura para cortar _____
 __C__ 44- Conta suas experiências _____

III - IV

- __L__ 45- Desce escada pondo um pé em cada degrau _____
 __S__ 46- Brinca cooperativamente, em nível de jardim de
 infância _____
 __AV__ 47- Abotoa casaco ou roupa _____
 __O__ 48- Ajuda em pequenas tarefas domésticas _____
 __S__ 49- Faz gracinhas para os outros _____
 __AV__ 50- Lava as mãos sem auxílio _____

IV - V

- __AGE__ 51- Cuida de si próprio no banheiro _____
- __AV__ 52- Lava o rosto sem auxílio _____
- __L__ 53- Anda sozinho(a) pela vizinhança _____
- __AV__ 54- Veste-se sozinho(a), com exceção dos laços _____
- __O__ 55- Usa lápis preto ou de cor para desenho _____
- __S__ 56- Participa de jogos competitivos _____

V - VI

- __O__ 57- Usa patins, carrinhos de roda, etc. _____
- __C__ 58- Escreve palavras simples em letras de forma _____
- __S__ 59- Entretém-se com jogos simples de mesa _____
- __AG__ 60- É lhe confiado dinheiro _____
- __L__ 61- Vai à escola sozinho(a) _____

VI - VII

- __AC__ 62- Usa faca de mesa para espalhar manteiga _____
- __C__ 63- Usa lápis para escrever _____
- __AV__ 64- Toma banho, com supervisão _____
- __AV__ 65- Vai para a cama por si _____

VII - VIII

- __AGE__ 66- Sabe ver as horas (de quarto em quarto de horas)_____
__AC__ 67- Usa faca de mesa para cortar _____
__S__ 68- Não acredita em Papai Noel _____
__S__ 69- Participa de jogos pré-adolescentes _____
__AV__ 70- Penteia ou escova o cabelo _____

VIII - IX

- __O__ 71- Usa ferramentas ou utensílios _____
__O__ 72- Realiza tarefas caseiras habituais _____
__C__ 73- Lê por sua própria iniciativa _____
__AV__ 74- Toma banho por si _____

IX - X

- __AG__ 75- Cuida-se à mesa _____
__AG__ 76- Faz pequenas compras _____
__L__ 77- Anda livremente pela cidade _____

X - XI

- __C__ 78- Escreve ocasionalmente cartas curtas _____
- __C__ 79- Faz chamadas telefônicas _____
- __O__ 80- Faz pequenos trabalhos remunerados _____
- __C__ 81- Responde a anúncios; faz compras pelo correio _____

XI - XII

- __O__ 82- Realiza trabalhos criativos simples _____
- __AG__ 83- É deixado a sós, para cuidar de si e de outros _____
- __C__ 84- Gosta de livros, jornais e revistas _____

XII - XV

- __S__ 85- Entrega-se a jogos difíceis _____
- __AV__ 86- Cuida-se completamente quanto à roupa _____
- __AG__ 87- Compra os próprios acessórios de vestuário _____
- __S__ 88- Participa de atividades de grupos de adolescentes _____
- __O__ 89- Realiza afazeres rotineiros de sua
responsabilidade _____

XV - XVIII

- C 90- Comunica-se por carta _____
- C 91- Acompanha acontecimentos correntes _____
- L 92- Vai sozinho(a) a lugares próximos (Fora dos
limites da cidade) _____
- AG 93- Sai desacompanhado durante o dia _____
- AG 94- Dispõe do dinheiro próprio para gastar _____
- AG 95- Compra todas as suas roupas _____

XVIII - XX

- L 96- Vai sozinho(a) a lugares distantes _____
- AG 97- Cuida da própria saúde _____
- O 98- Tem emprego ou continua a estudar _____
- AG 99- Sai à noite sem restrições _____
- AG 100- Controla seus primeiros gastos _____
- AG 101- Assume responsabilidade pessoal _____

XX - XXV

- AG 102- Emprega previamente o dinheiro _____
- S 103- Assume responsabilidade além do que lhe é
necessário _____
- S 104- Contribue para o bem estar social _____
- AG 105- É providente quanto ao futuro _____

XXV

- O 106- Realiza trabalho especializado _____
- O 107- Entrega-se à recreações benéficas _____
- O 108- Sintomatiza o próprio trabalho _____
- S 109- Inspira confiança _____
- S 110- Promove o progresso cívico _____
- O 111- Supervisiona atividades profissionais _____
- AG 112- Faz compras para outros _____
- O 113- Dirige ou orienta trabalhos dos outros _____
- O 114- Realiza trabalho técnico ou profissional _____
- S 115- Compartilha de responsabilidade na vida da
comunidade _____
- O 116- Cria as próprias oportunidades _____
- S 117- Contribui para o bem estar geral _____

LEGENDA

C - Comunicação	----- | | | | | -----	C	----- | | | | | -----
L - Locomoção	----- | | | | | -----	L	----- | | | | | -----
O - Ocupação	----- | | | | | -----	O	----- | | | | | -----
S - Socialização	----- | | | | | -----	S	----- | | | | | -----
AG - Auto-governo	----- | | | | | -----	AG	----- | | | | | -----
AV - Auto-auxílio para se vestir	----- | | | | | -----	AV	----- | | | | | -----
AC - Auto-auxílio para comer	----- | | | | | -----	AC	----- | | | | | -----
AGE- Auto-auxílio geral	----- | | | | | -----	AGE	----- | | | | | -----
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS	----- | | | | | -----	ESPERADOS	----- | | | | | -----

ANEXO VI - ESCALA DE HABILIDADES SOCIAIS E DE AUTO-EXPRESSÃO¹

As Escalas de Habilidades Sociais e de Auto-Expressão têm como objetivo avaliar as relações pessoais e a auto expressão das crianças e adolescentes em relação às outras pessoas de sua convivência próxima.

Estas escalas foram adaptadas no ano de 1981 e apresentadas como Tese de Mestrado de SOFIA HELENA PORTO DI NUCCI no PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA DA PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS.

1. ESCALA DE HABILIDADES SOCIAIS (DI NUCCI, 1981)

Este questionário tem por objetivo pesquisar alguns dados sobre o relacionamento social da criança. Não se trata de um

¹ DI NUCCI, S.H.P - *Análise Interna de uma Medida Comportamental de Assertividade*. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 1981.

teste porque não existem respostas certas ou erradas, mas apenas de uma pesquisa sobre o modo como a criança normalmente se comporta em certas situações.

As perguntas devem ser respondidas assinalando-se na escala que vem logo em seguida, o número que melhor descreve a criança.

ESCALA:

0 = não, nunca, de jeito nenhum

1 = até certo ponto, às vezes, raramente, um pouco

2 = mais ou menos

3 = geralmente, bastante, quase sempre

4 = sim, sempre, inteiramente, completamente.

01- Seu filho (aluno) é uma criança tímida, isto é, que tem dificuldade em conversar com outras pessoas, sejam adultos ou outras crianças, preferindo ficar sozinho, longe dos outros?

0 1 2 3 4

02- Ele tem amigos, isto é, convive com outras crianças que ele conhece de vários lugares (por exemplo, da vizinhança, da família, etc.) é com as quais ele brinca, passeia, conversa

0 1 2 3 4

03- Ele tem facilidade em iniciar uma nova amizade, isto é, se está num lugar onde não conhece ninguém logo começa a conversar com outras crianças, ficando a vontade?

0 1 2 3 4

04- Em relação aos adultos, ele tem facilidade em conversar com pessoas conhecidas (por exemplo, com outros professores, tios, avós, diretores, vizinho)?

0 1 2 3 4

05- É uma criança agressiva, isto é sempre brigando, mesmo sem motivo, discutindo por qualquer coisa, batendo em outras crianças, xingando, respondendo em tom de voz irritado?

0 1 2 3 4

06- Em relação ao professor (ou professora) como é o relacionamento, isto é, ele sente-se bem em sua classe, gostando do professor, pedindo sua ajuda quando precisa, fazendo perguntas quando não entende, se esforçando para agradá-lo?

0 1 2 3 4

07- Em relação ao seu temperamento, você diria que é uma criança alegre, agradável, comunicativa e simpática?

0 1 2 3 4

08- Ou se trata de uma criança nervosa, medrosa e chorona?

0 1 2 3 4

09- É uma criança que expressa com facilidade suas idéias, falando o que pensa e/ou o que sente, fazendo perguntas, agradecendo favores, fazendo elogios?

0 1 2 3 4

10- É uma criança solícita, isto é, está sempre pronta a atender qualquer pedido, feito por qualquer pessoa (mãe, pai, irmãos, professores, etc.) sempre preocupada em agradar as outras pessoas?

0 1 2 3 4

11- Gosta de participar de qualquer atividade proposta, tais como desenhar, participar de jogos, dar passeios, etc., estando sempre pronta e disponível nestas ocasiões, oferecendo-se como voluntária para participar e ajudar?

0 1 2 3 4

12- Na hora do recreio (ou quando vai a uma festinha) fica isolada, sozinha num canto, olhando as outras crianças brincar?

0 1 2 3 4

13- Quando alguém o contraria ele expressa de algum modo esta contrariedade por exemplo:

resmungando: 0 1 2 3 4

chorando: 0 1 2 3 4

falando para a pessoa: 0 1 2 3 4

14- Quando tem problemas com seus colegas costuma resolvê-los sozinho, por exemplo:

brigando: 0 1 2 3 4

discutindo: 0 1 2 3 4

convencendo-os a aceitar

suas idéias: 0 1 2 3 4

15- É uma criança dependente, isto é, precisa de ajuda dos adultos para resolver seus problemas, principalmente quando estes envolvem uma terceira pessoa?

0 1 2 3 4

Os itens da "Escala de Habilidades Sociais" foram agrupados em quatro categorias: grau de dificuldade no relacionamento com outras crianças; grau de dificuldade no relacionamento com adultos; expressão de sentimentos positivos e expressão de sentimentos negativos.

CORREÇÃO:

1- Grau de dificuldade no relacionamento com outras crianças.

1	2	3	5	12	14	TOTAL _____
---	---	---	---	----	----	-------------

2- Grau de dificuldade no relacionamento com adultos

1	4	6	15	TOTAL _____
---	---	---	----	-------------

3- Expressão de sentimentos POSITIVOS

7	9	10	11	TOTAL _____
---	---	----	----	-------------

4- Expressão de sentimentos NEGATIVOS

5	8	13	TOTAL _____
---	---	----	-------------

2. ESCALA DE AUTO-EXPRESSÃO (DI NUCCI, 1981)

Esta Escala de Auto-Expressão foi elaborada pela autora, a partir de GALASSI e Col. (1974). A escala de auto-expressão proposta pelos autores citados é uma medida de auto-retrato, que apresenta 50 itens, envolvendo uma variedade de contextos interpessoais, destinada a avaliar assertividade, tal como entendida por WOLPE (1969, in GALASSI, DE LO; GALASSI e BASTIEN, 1974), em estudantes de college.

A partir deste trabalho, a autora elaborou um formulário semelhante, ou seja, seguindo os mesmos moldes, mas introduzindo modificações nos contextos interpessoais que lhe pareceram adequadas às crianças na faixa etária dos sujeitos do presente trabalho (escolares de primeiro grau).

01- O que você faz quando está numa fila e alguém passa na sua frente?

02- O que você faz quando compra um brinquedo e descobre que está quebrado?

03- O que você faz quando está estudando em seu quarto e seu irmão está fazendo muito barulho?

- 04- Você costuma cumprimentar e elogiar os outros?
- 05- O que você faz quando fica com raiva de seus pais?
- 06- O que você faz quando seu irmão tira seus brinquedos do lugar?
- 07- O que você faz quando empresta R\$ 20,00 a um amigo e ele não devolve?
- 08- O que você faz quando tem um amigo que seus pais não gostam e que estão sempre criticando?
- 09- Como você faz para pedir um favor a um amigo? Acha difícil sente-se envergonhado e sem jeito?
- 10- O que você faz se o seu irmão come, sem pedir, um chocolate que você havia guardado para comer depois?
- 11- O que você faz se está estudando para uma prova e um amigo vem lhe chamar para ir brincar com ele?

- 12- O que você faz quando vai a uma loja e o vendedor mostra muitas mercadorias (por exemplo, sapatos) e você não gosta de nenhum?
- 13- Você, em geral, guarda suas opiniões para si mesmo ou costuma dizer o que pensa?
- 14- Como você mostra que gosta das pessoas? Acha difícil?
- 15- O que você faz quando, durante a aula, o professor diz alguma coisa que você acha que está errado?
- 16- O que você faz se alguém que você respeita (por exemplo, seu avô) diz alguma coisa que você não gosta?
- 17- O que você faz quando está andando numa rua estreita, onde só dá para passar uma pessoa, e em sua direção vem vindo outra pessoa?
- 18- O que você faz quando um amigo está usando roupa que você acha bonita?
- 19- O que você faz quando um amigo lhe faz um pedido que você acha muito difícil de atender?

20- O que você faz quando se, ao sair da padaria, descobre que a moça do caixa deu troco errado ou a menos?

21- O que você faz quando um parente (tio, avô) está muito chato?

22- O que você faz quando um amigo lhe traz um recado?

23- O que você faz quando alguém o trata de modo injusto, isto é, acusa-o de algo que você não fez?

24- Você gosta de estar com outras pessoas ou prefere ficar sozinho pois tem medo de fazer ou dizer algo errado?

25- O que você faz quando um amigo trai um segredo que você lhe contou?

26- O que você faz se a vendedora atende primeiro alguém que chegou depois?

27- O que você faz quando está muito feliz porque lhe aconteceu algo de bom?

- 28- Você acha difícil ou tem vergonha de pedir dinheiro emprestado a um amigo?
- 29- O que você faz se alguém fica amolando-o com brincadeiras chatas?
- 30- O que você faz quando chega atrasado a uma reunião e só tem cadeira vazia lá na frente da sala?
- 31- O que você faz se alguém fica chutando sua cadeira no cinema?
- 32- O que você faz quando está contando alguma coisa para um amigo e o outro interrompe?
- 33- O que você acha quando um amigo diz alguma coisa injusta a seu respeito?
- 34- O que você faz se tem que responder perguntas em voz alta diante de muitas pessoas? (por exemplo, na classe). Sente-se envergonhado?

CORREÇÃO

01- Grau de dificuldade no relacionamento com outras crianças

3 - 6 - 7 - 9 - 10 - 11 - 18 - 19 - 25 - 28 - 32 - 24 - 30

TOTAL _____

02- Grau de dificuldade no relacionamento com adultos

Conhecidos 5 - 8 - 15 - 16 - 21 - 34 -

TOTAL _____

Desconhecidos 1 - 2 - 12 - 17 - 20 - 26 - 31 - 30

TOTAL _____

03- Expressão de sentimentos

POSITIVOS

4 - 9 - 13 - 14 - 18 - 22 27

TOTAL _____

NEGATIVOS

1 - 2 - 3 - 5 - 8 - 10 - 12 - 13 - 16 - 20 - 23 - 29

TOTAL _____

CONCLUSÕES:

ANEXO VII

FÁBULA "O PARDAL E A LEBRE"*

Certa vez uma águia, tendo conseguido apoderar-se de uma lebre, dispunha-se já a devorá-la, despedaçando-a com seu poderoso bico.

Foi quando um perverso pardal, que por ali se encontrava, pôs-se a rir.

- Como é isso? - gritava ele para a lebre. - Não és sempre tão esperta? Por que não corres, agora? Que te está impedindo de correr?

Enquanto o pardal assim se divertia à custa da infeliz lebre, surgiu um gavião, que, rápido, atirou-se ao pássaro e levou-o pelos ares.

A lebre ainda pode dizer:

- Eis o que acontece a quem se diverte quando alguém se encontra em situação desesperadora.

* ESOPHO. Fábulas do Mundo Inteiro. São Paulo. Círculo do Livro.

ANEXO VIII - FÁBULA "A CAMPONESA E SUA LATA DE LEITE"*

Uma camponesa ia caminhando com uma lata de leite à cabeça e enquanto caminhava pensava consigo mesma:

"Venderei este leite e com o dinheiro que ele der poderei comprar mais ovos, ficando então com trezentos. Mesmo descontando os gorados e os que estiverem claros, terei desses ovos pelo menos duzentos e cinquenta frangos".

"Quando as aves estiverem mais caras no mercado é que os meus frangos estarão no tempo de serem levados para lá, de forma que no fim do ano eu terei dinheiro bastante para comprar um vestido novo".

"Sim, pensando bem, um vestido verde, que é a cor mais apropriada para a minha pele. Será um vestido verde. Com ele irei à festa, onde todos os rapazes se esforçarão para dançar comigo. Mas eu não dançarei com nenhum deles. Recusarei todos, virando a cabeça assim..."

Entusiasmada com sua idéia, a camponesa fez o gesto que fantasiara, e lá se foi ao chão a lata de leite, levando com ela toda a imaginária felicidade da jovem.

* ESOPO. Fábulas do Mundo Inteiro. São Paulo. Círculo do Livro.

ANEXO IX - TEXTOS UTILIZADOS PARA EXERCÍCIOS DE ASPECTOS INFERENCIAIS DA LINGUAGEM

TEXTO 1

O CAVALO E O VEADO*

Muito tempo atrás, um cavalo selvagem vivia e pastava numa vasta pradaria. O prado era amplo, dava a grama mais macia, e, como nenhum outro animal ia até ali, era tudo para o cavalo.

Um dia, para desalento do cavalo, um veado cheio de chifres apareceu na região e, andando de um lado para outro, pisoteou a bela grama do cavalo. Este ficou muito aborrecido e,

* Fábulas de Esopo, Círculo do Livro S/A. Tradução de Manoel Paulo Ferreira

como não fosse capaz de impedir o comportamento destrutivo do veado, galopou na direção de um homem que passava por perto.

- Por favor, senhor - disse o cavalo -, pare um instante e me ajude a punir aquele intruso antes que ele estrague todo o meu pasto.

O homem olhou e viu o veado, que ainda pulava por toda parte, pisoteando tudo.

- Esta bem - disse, virando-se para o cavalo. - Vou ajudá-lo a vingar-se, mas primeiro você tem que me deixar colocar um freio em sua boca e uma sela no seu dorso, para que eu possa montá-lo. Eu forneço as armas, e juntos conseguiremos dominar aquele animal teimoso.

O cavalo concordou prontamente, e tudo foi preparado. Depois, com o homem às costas, saiu atrás do veado. A caçada foi breve: logo o veado foi alcançado e abatido, para contentamento do cavalo.

Virando-se para agradecer a ajuda do homem, o cavalo descobriu que não conseguia mexer a cabeça livremente. E a única resposta que obteve foi um forte puxão no arreio preso ao freio que ele segurava na boca.

- Não precisa me agradecer, cavalo - disse o homem, afinal. - Eu é que tenho que lhe agradecer. Até hoje eu não sabia como você pode ser útil e com que rapidez pode me transportar.

Para mim, sua vingança foi lucrativa, pois agora você ficará comigo para me servir.

E desde aquele dia o cavalo se tornou escravo do homem.

É cara a vingança que se paga com a própria liberdade.

TEXTO 2

REFERÊNCIA

CARRUTH, J. - Um Montão De Amigos. São Paulo. Círculo Do Livro

ANEXO X - AS ESCALAS DE WECHSLER*

A- Nome original

"Wechsler - Bellevue Intelligence Scale (W-B)", em suas três versões: "Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)"; "Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)" e "Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI)".

B- Autor e data

David Wechsler, psicólogo-chefe do Hospital Psiquiátrico Bellevue, professor de Psicologia Médica do Colégio de Medicina da Universidade de Nova York, nos EE.UU.

Em 1949 publicou a extensão da escala para crianças, sob o nome de WISC.

C- Objetivo

Avaliação da inteligência geral.

* VAN KOLCK, O.L. - Técnicas do Exame Psicológico e suas Aplicações no Brasil. Petrópolis. Ed. Vozes. Vol. I, 1977.

D- População a que se destina

Crianças de 4 a 15 anos - WPPSI e WISC.

Sujeitos de 16 a 75 anos - WAIS ou WB.

E- Organização

O WISC compreende onze testes: seis verbais e cinco de realização:

Testes verbais	Testes de realização
1- Informação geral	1- Completamento de figuras
2- Vocabulário	2- Arranjo de figuras
3- Semelhanças ou analogias	3- Reunião de objetos
4- Compreensão	4- Cubos de Kohs
5- Raciocínio aritmético	5- Símbolos numéricos (Código)
6- Memória para dígitos	

Na escala para crianças o teste de Memória para Dígitos é considerado suplementar, para ser usado se houver tempo; e o de Código pode ser substituído pelo de Labirintos, ou ambos podem ser omitidos.

F- Aplicação, avaliação e interpretação

Como não se trata de escala de idade, mas sim escala de pontos, a administração se faz com todos os testes, a não ser em três casos de exceção: 1) quando o sujeito tem algum impedimento físico, usa-se apenas a parte verbal; 2) quando são analfabetos ou estrangeiros, só a parte de execução; 3) com sujeitos de 50 anos ou mais, omite-se um ou outro teste, por efeito de certas incapacidades, como visão diminuída ou cegueira parcial,

A ordem de administração dos testes não é rigorosa. Em cada teste da parte verbal convém seguir a ordem dos itens, pois na maior parte deles as questões são apresentadas em dificuldade crescente. Na parte de realização os textos são cronometrados, com exceção do de Completamento de Figuras. O exame completo gasta de 1 hora a 1 hora e meia, e exige além de material especializado, folhas de protocolo e o manual. Este traz instruções detalhadas para administração e avaliação da escala.

Cada teste permite obter uma nota bruta que, com auxílio de tabelas, é transformada em nota ponderada. No caso do WISC e do WPPSI essas tabelas atendem à idade cronológica da criança. A soma das notas ponderadas dos testes da escala verbal, assim como as das de realização e da escala total, são transformadas em QI

através de tabelas. Os QI, entretanto, são em realidade notas-padrão - os QI de desvio - em que a média corresponde a 100 e o desvio-padrão a 15. Como esses QI são obtidos com referência ao nível de idade, indicam a posição do sujeito no grupo.

Os QI podem ser interpretados de acordo com a classificação que se vê no quadro número 2.

Quadro 2 - Classificação da inteligência de acordo com Wechsler

QI	Classificação	Porcentagem
128 e mais	Definidamente superior	2,2
120 a 127	Superior	6,7
111 a 119	Médio superior	16,1
91 a 100	Médio	50,0
80 a 90	Médio inferior	16,1
66 a 79	Limitrofe	6,7
65	Débil mental	2,2

NOTA: Como a base para esse esquema é a definição dos níveis de inteligência em termos de frequência estatística, a porcentagem assinalada no quadro se refere à área total da curva normal.

G- Apreciação

As escalas de Wechsler tornaram-se clássicas na medida de inteligência de crianças e de adultos, em exames individuais. São conhecidas e empregadas no mundo psicológico ocidental.

O cuidado de sua elaboração, a escolha das provas, os aperfeiçoamentos técnicos introduzidos na avaliação e interpretação dos resultados, constituem importantes méritos das escalas de Wechsler. Dentre os últimos pontos convém assinalar: elas permitem apreciar o nível de inteligência geral, o da inteligência verbal e o de realização, e além disso possibilitam a medida de deterioração mental.

WISC

Wechsler Intelligence Scale for Children
ESCALA DE INTELIGÊNCIA, PARA CRIANÇAS

FÔLHA DE REGISTRO

N.º

Nascimento / / 19.... Idade anos meses

Instrução Escola

Data do exame / / 19.... Examinador

1. INFORMAÇÃO (5)		PONTOS 1 - 9
1. ORELHAS		
2. DEDO		
3. PATAS — CACHORRO		
4. ANIMAL — LEITE		
5. FERVER — AGUA		
6. LOJA — AÇÚCAR		
7. DEDOS — MÃO		
8. DIAS — SEMANA		
9. DESCORENTA — BRASIL		
10. OVOS — DOZIA		
11. ESTACÕES — ANO		
12. COR — ESMERALDA		
13. SOL — ESCONDE		
14. ESTOMAGO		
15. ÓLEO — AGUA		
16. LUSIADAS		
17. 15 DE NOVENBRO		
18. S. Q. S.		
19. ALTURA — HOMEM		
20. CANADA		
21. QUILOS — TONELADA		
22. GRÉCIA		
23. ASFALTO		
24. RIO — SÃO PAULO		
25. DIA DAS MÃES		
26. VOO — ATLÂNTICO		
27. BAROMETRO		
28. HIEROGLIFO		
29. GENGIS KHAN		
30. HIPOTECA		
SOMA		

APURAÇÃO DO RENDIMENTO												
Padrão dos Pontos	INFORMAÇÃO	COMPREENSÃO	ARITMÉTICA	SEMELHANÇAS	NÚMEROS	VOCABULÁRIO	COMP. FIGURAS	ARR. FIGURAS	CUBOS	ARMAR OBJETOS	CÓDIGO	LABIRINTO
20												
19												
18												
17												
16												
16												
14												
13												
12												
11												
10												
9												
8												
7												
6												
6												
4												
3												
2												
1												
SOMA												
Contagem Verbal ————— Q. I. —————												
Contagem de Execução ————— Q. I. —————												
Total de Pontos ————— Q. I. —————												

OBSERVAÇÕES:

2. COMPREENSÃO (3)		PONTOS 2-1-0
1. CORTAR — DEDO		
2. PERDER — BOLA (boneca)		
3. COMPRAR — PAO		
4. BRIGAR		
5. TREM — TRILHOS		
6. CASA — TIJOLOS		
7. CRIMINOSOS		
8. MULHERES — CRIANÇAS		
9. CONTAS — CHEQUES		
10. CARIDADE — PEDINTE		
11. EMPREGOS — CONCURSOS		
12. ALGODAO — FIBRA		
13. SENADORES		
14. CUMPRIR PROMESSAS		

SOMA

3. ARITMÉTICA (3)							
Probl.	Tempo	Resp.	PONTOS 1-0	Probl.	Tempo	Resp.	PONTOS 1-0
1.	45 _s			9.	30 _s		
2.	45 _s		1-1/2-0	10.	30 _s		
3.	45 _s		1-1/2-0	11.	30 _s		
4.	30 _s			12.	60 _s		
5.	30 _s			13.	30 _s		
6.	30 _s			14.	60 _s		
7.	30 _s			15.	120 _s		
8.	30 _s			16.	120 _s		

SOMA

4. SEMELHANÇAS (3)		PONTOS 2-1-0
1. LIMAO — AÇÚCAR		1-0
2. ANDAR — BATER PALMAS		1-0
3. MENINOS — MENINAS		1-0
4. FACA — VIDRO		1-0
5. LARANJA — MANCA		
6. GATO — RATO		
7. CERVEJA — VINHO		
8. PIANO — VIOLINO		
9. PAPEL — CARVÃO		
10. QUILO — METRO		
11. TESOURA — PANELA		
12. MONTANHA — LAGO		
13. SAL — AGUA		
14. LIBERDADE — JUSTIÇA		
15. PRIMEIRO — ÚLTIMO		
16. 49 — 121		

SOMA

NÚMEROS (2 iguais)		PONTOS
3-8-6 6-1-2		3
3-4-1-7 6-1-6-8		4
8-4-2-3-9 5-2-1-3-6		5
3-8-9-1-7-4 7-9-6-4-8-3		6
6-1-7-4-2-3-8 9-8-5-2-1-6-3		7
1-6-4-5-9-7-6-3 2-9-7-6-3-1-5-4		8
5-3-8-7-1-2-4-6-9 4-2-6-9-1-7-5-3-5		9
2-5 6-3		2
5-7-4 2-5-9		3
7-2-9-6 8-4-9-3		4
4-1-3-5-7 9-7-8-5-2		5
1-6-5-2-9-8 3-6-7-1-9-4		6
8-5-9-2-3-4-2 4-6-7-9-2-8-1		7
6-9-1-6-3-2-5-6 3-1-7-9-5-4-8-2		8

D... + 1... =

6. COMPLETAR FIGURAS (4)		PONTOS 1-0
FIGURAS		
1. PENTE		
2. MESA		
3. RAPOSA		
4. MENINA		
5. GATO		
6. PORTA		
7. MAO		
8. CARTA		
9. TESOURA		
10. CASACO		
11. PEIXE		
12. PARAFUSO		
13. MOSCA		
14. GALO		
15. PERFIL		
16. TERMOM.		
17. CHAPEU		
18. G. CHUVA		
19. VACA		
20. CASA		

SOMA

7. ARRANJO DE FIGURAS (2)					PONTOS
FIGURAS	TEMPO		Ordem		
	Limite	Execução			
A. Cachorro	1m 15 _s				
B. Mac	1m 15 _s				
C. Trem	1m 00 _s				
D. Balança	45 _s				
Luta (somente para demonstração)					
1. Pôgo	45 _s				
2. Ladrão	45 _s				
3. Fazendeiro	45 _s				
4. Piquenique	45 _s				
5. Dorminhoco	1m 00 _s				
6. Jardineiro	1m 15 _s				
7. Chuva	1m 15 _s				

SOMA

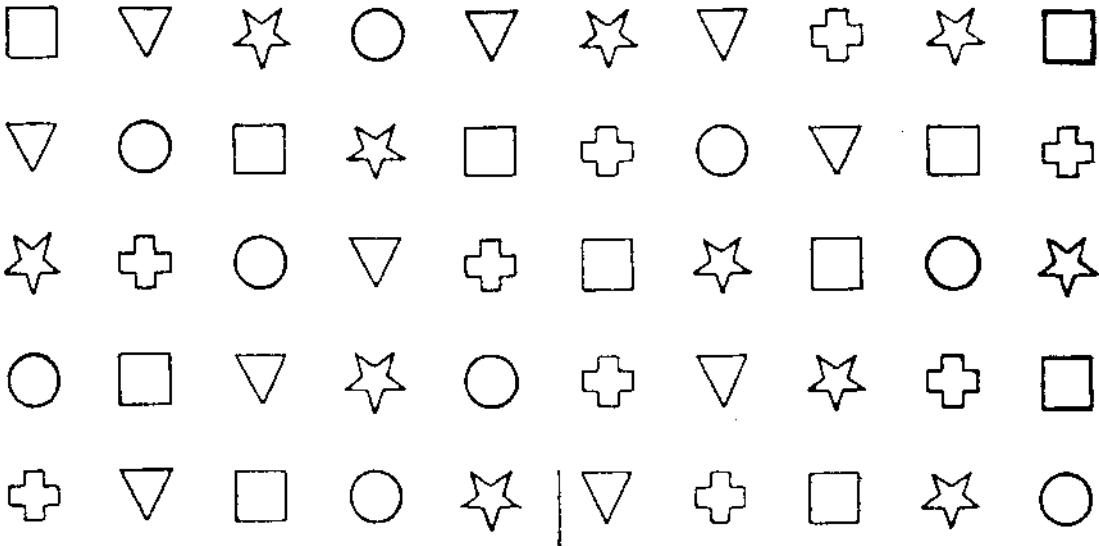
8. CUROS (2)					PONTOS
Des.	TEMPO				
	Limite	Execução			
A	45 _s	1. 2.*			
B	45 _s	1. 2.*			
C	45 _s	1. 2.*			
1	1m 15 _s				
2	1m 15 _s				
3	1m 15 _s				
4	1m 15 _s				
5	2m 30 _s				
6	2m 30 _s				
7	2m 30 _s				

SOMA

5. VOCABULÁRIO (5)		PONTOS 2.1.0
1. BICICLETA		
2. FACA		
3. CHAPÉU		
4. CARTA		
5. GUARDA-CHUVA		
6. ALMOFADA		
7. UNHA		
8. BURRO		
9. PELE		
10. BRILHANTE		
11. UNIR		
12. PÁ		
13. ESPADA		
14. PREJUÍZO		
15. VALENTE		
16. DISPARATE		
17. HERÓI		
18. JOGO		
19. NITROGLICERINA		
20. MICROSCÓPIO		
21. DÓLAR		
22. CAMPANÁRIO		
23. ALTAR		
24. ESPIONAGEM		
25. ESTROFE		
26. ISOLAR		
27. LANTEJOULA		
28. HARA-KIRI		
29. RECUAR		
30. AFLIÇÃO		
31. LASTRO		
32. CATACUMBA		
33. IMINENTE		
34. LOUVA-DEUS		
35. VÉSPER		
36. ASSÉTICO		
37. PATRIMÔNIO		
38. RETARDAR		
39. ESCARNIO		
40. TRADUZIR		
SOMA		

9. ARMAR OBJETOS								
OBJETO	TEMPO		PONTOS (em segundos)					
	Limite	Execução	9	8	7	6	5	4
MANEQUIM	120				1 — 10	11 — 15	16 — 20	21 — 120
CAVALO	180		1 — 15	16 — 20	21 — 30	31 — 180	SOMA DOS PONTOS	
ROSTO	180		1 — 35	36 — 45	46 — 70	71 — 180		
AUTO	180		1 — 25	26 — 30	31 — 45	46 — 180		

Tempo: 120s PONTOS



EXEMPLO



v

B



EXEMPLO																								
2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3	1	2	5	1
3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8	7	5	4	8	6	9	4	3
1	8	2	9	7	6	2	5	4	7	3	6	8	5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4
9	1	5	8	7	6	9	7	8	2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3

Tempo: 120s PONTOS

ANEXO XI - AMBULATÓRIO GERAL DE PEDIATRIA - 1a. CONSULTA

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Data Atual: ____/____/____

II - MOTIVO DA CONSULTA: _____

III - HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: _____

IV - INTERROGATÓRIO COMPLEMENTAR:

Atividade Física: _____ apetite: _____

~ Evolução Peso: _____ Hábito Intestinal (anterior
a doença atual) _____

Aparelho Urinário: _____

Outras Queixas (sumário): _____

V - ANTECEDENTES PESSOAIS:

1) Gestação: Normal ()

Intercorrências () _____

Medicamentos: _____

Térmo () Pré-térmo () Pós-térmo () Não sabe ()

2) Parto: Hospitalar () Domiciliar ()

Normal () Cesária () Fórceps ()

Sofrimento fetal: Não () Sim () Não sabe ()

3) Condição do RN:

a) Peso: _____ kg Estatura: _____ cm P.C.: _____

b) Choro: imediato () Demorado: () Não sabe: ()

c) Cianose: Não () Sim () Não sabe ()

d) Oxigêniooterapia: Não () Sim () Não sabe ()

e) Incubadora: Não () Sim () Não sabe ()

f) Icterícia neonatal: Não () Não sabe ()

Sim () Início: _____ Duração: _____

Fototerapia: Não () Sim () Não sabe ()

Exangüíneo: Não () Sim () Não sabe ()

Controle: | Vesical: Não () Diurno () meses
 | Não () Noturno () meses
 Esfincteriano | Anal: Não () () meses

5) Alimentação:

a) Aleitamento materno: Exclusiva () Duração: _____

Mista () Duração: _____

b) Alimentação artificial: (Mamadeira, no. e composição): _____

c) Motivo da falta de alimento materno: _____

d) Em crianças que já fazem refeições de sal - consome de 0 a 7 dias da semana:

Arroz () Feijão () Massas () Pão ()

Carne (qualquer tipo de carne) () Frutas () Ovo ()

Legumes () Leite () Doces () Queijo ()

Número de refeições diárias da criança ()

Número de refeições diárias da família ()

6) Escolaridade:

a) Vai à escola: Sim () Pré-Primária ()

Primária () Série ()

Secundária () Série ()

Não () Já foi? Nunca ()

Sim () até que série ()

b) Aproveitamento escolar:

Ótimo () Bom () Fraco () Péssimo ()
Já repetiu alguma vez? Sim () Quantas vezes ()
 Não ()

7) Comportamento referido:

Normal () Agressivo () Passivo ()

8) Sono:

Normal () Agitado () Terror Noturno () Sonambulismo ()
Enurese: Não ()
 Sim () Primária () Secundária ()

9) Antecedentes patológicos pessoais (eruptivas próprias da
infância - pneumonia - diarreia - convulsão - verminose - outros.
Complicações): _____

10) Imunização: (no. de doses): Sabin () BCG () Dupla ()
 Tríplice () Sarampo () Outras: _____

11) Antecedentes epidemiológicos da criança:

Chagas: Positivo () Negativo ()

Esquistossomose: Positivo () Negativo ()

12) Em crianças do sexo feminino, já menstruou?

Não () Sim () com que idade (, anos

VI - ANTECEDENTES FAMILIARES:**1) Composição familiar: (heredograma)****2) Antecedentes patológicos familiares:**

Tuberculose _____ Diabetes _____

Alergia _____ Sífilis _____

Epilepsia _____

OBSERVAÇÕES: _____

Est.de hidratação	
Pele e mucosas	
Fâneros	
Tec.cel.subcutâneo	
Turgor	
Gânglios:	
Musculatura (atrofias movim. ativa, tônus)	
Esqueleto	

EXAME FÍSICO ESPECIAL

Crânio: simetria, deformidade, macro ou microcefalia, fontanela e suturas	
Olhos (nistagmo)	

Nariz

Boca

Lábios

Dentes

Gengivas

Língua

Cavum

Ouvidos

Pescoço

Tórax

Pulmões	
Coração e vasos	
Abdome	
Genitais	
Ânus	
Coluna	
Membros (simetria)	

EXAMES NEUROLÓGICOS: _____

Age Group	Percentage
18-24	10%
25-34	20%
35-44	25%
45-54	20%
55-64	15%
65-74	10%
75-84	5%
85+	5%

[illegible]